SALVAȚI COPIII ROMÂNIA

TULBURĂRILE DE ANXIETATE LA COPII SI ADOLESCENȚI

GHID DE PSIHOEDUCAȚIE

pentru profesioniștii din domeniul sănătății și educației

August
2009

Coordonare: Georgeta Păunescu

Autor: Domnica Petrovai - Psiholog

Acest material a fost creat în cadrul Proiectului Phare "Suport pentru dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mentală şi dezinstituţionalizarea persoanelor cu probleme de sănătate mintală", Componenta B – Dezvoltarea centrelor comunitare de sănătate mintală.

Salvaţi Copiii România este o organizaţie neguvernamentală, de utilitate publică (HG 2262/2004), non-profit, care promovează de 18 ani drepturile copilului, în acord cu Convenţia Naţiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului. Este membră a Alianţei Internaţionale Salvaţi Copiii şi este implicată în proiecte de educaţie, protecţie socială şi advocacy pentru copiii aflaţi în dificultate.

Salvaţi Copiii militează pentru stoparea violenţei asupra copilului prin propuneri de reforme legislative, campanii şi programe de educare a adulţilor – părinţi şi specialişti – în vederea utilizării celor mai eficiente şi adecvate metode de educare a copilului, dezvoltarea de servicii comunitare de consiliere şi sănătate mentală.

Pentru mai multe informaţii despre Salvaţi Copiii şi proiectele derulate, vizitaţi: www.salvaticopiii.ro.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
Tulburările de anxietate la copii şi adolescenţi. Ghid de psihoeducaţie pentru profesioniştii din domeniul sănătăţii şi educaţiei / Organizaţia „Salvaţi Copiii". - Bucureşti : Speed Promotion, 2009
ISBN 978-973-8942-78-3

159.922.8

Cuprins

INTRODUCERE

De ce o inițiativă ce vizează tulburările de anxietate la copii și adolescenți?

1 din 4 copii are o problemă de anxietate, prevalenţa tulburării clinice fiind în medie de 15%. Tulburările de anxietate reprezintă cele mai frecvente probleme de sănătate mentală la copii şi adolescenţi, cu consecinţe negative, dificil de perceput imediat, asupra stării de bine a copilului şi asupra funcţionării lui de zi cu zi.

Una dintre cele mai evidente consecinţe negative este limitarea explorării noului, ceea ce duce la o micşorare a zonei de confort a copilului şi a familiei acestuia.

Trăim într-o lume impredictibilă, uneori haotică, în care reacţiile de frică şi anxietate par a fi mai mult decât fireşti.

Anxietatea reprezintă reacţia la o ameninţare percepută, nu neapărat reală. Frica însă este o reacţie intensă pe care o manifestăm în faţa unei ameninţări reale, imediate. Este natural, automat şi necesar pentru supravieţuire să ne fie frică. Copiii învaţă frica din interacţiunea cu părinţii şi cu mediul, aşa cum ulterior vor învăţa anxietatea.

Anxietatea este relaţionată cu frica, tinde să fie asociată mai puţin cu evenimentele actuale, prezente, ci mai degrabă cu anticiparea fricii sau a disconfortului emoţional.

Prevalența tulburărilor de anxietate în rândul copiilor și adolescenților (Chorpita, 2007)

Tulburare de anxietate	Prevalenţa	Gen	Vârsta
Anxietatea de separare	3.5-12.9%	Mai frecventă la fete, dar fără diferenţe semnificative	Puncte critice între 5 şi 6 ani, 7 şi 9 ani, 12 şi 14 ani.
Tulburarea de anxietate generalizată	2.9-12.4%	Rezultate mixte	Mai frecventă în preadolescenţă şi adolescenţă
Anxietatea socială	1.1-6.3%	Rezultate mixte	Mai frecventă în preadolescenţă şi adolescenţă
Fobiile specifice	3.4%-9.2%	Distribuţie egală	Distribuţie egală

(cont.)

Prevalenţa tulburărilor de anxietate în rândul copiilor şi adolescenţilor (Chorpita, 2007)
(cont.)

Tulburare de anxietate	Prevalenţa	Gen	Vârsta
Tulburarea obsesiv-compulsivă	0.8-4%	Mai frecventă în rândul băieţilor	Mai frecventă în adolescenţă
Tulburarea de panică	4.7%	Mai frecventă în rândul fetelor	Mai frecventă în adolescenţă
Tulburarea de stres posttraumatic	1-3%	Mai frecventă în rândul fetelor	Rezultate mixte

Aşa cum se observă în tabelul de mai sus, cea mai frecventă tulburare de anxietate este cea de separare, după care urmează anxietatea generalizată, anxietatea socială, fobiile specifice şi tulburarea de panică.

În tabelul de mai jos sunt descrise tulburările de anxietate la copii şi adolescenţi, cu caracteristicile lor esenţiale.

Fobiile şi tulburările de anxietate la copii şi adolescenţi (DSM-IV-TR)

Tulburarea de anxietate	Caracteristici esenţiale
Fobia specifică	Teama pronunţată şi persistentă de obiecte şi situaţii specifice. Tipuri frecvente: animale, injecţii, mediul înconjurător, altele.
Tulburarea de panică	Prezenţa unui atac de panică recurent şi neaşteptat (ex. perioade de frică intensă, însoţite de simptome somatice şi cognitive). Apar preocupări persistente legate de posibilitatea de a face un nou atac precum şi îngrijorări cu privire la implicaţiile sau consecinţele atacului de panică;
Agorafobia	Anxietatea legată de prezenţa în locuri sau situaţii din care este dificil să ieşi sau în care nu poţi primi ajutorul de care ai nevoie (de pildă în cazul în care ar surveni un atac de panică sau apar simptome specifice).
Fobia socială (cunoscută şi ca tulburarea de evitare)	Teama pronunţată şi persistentă de situaţii sociale sau care presupun performanţă.

(cont.)

Fobiile și tulburările de anxietate la copii și adolescenți (DSM-IV-TR)
(cont.)

Tulburarea de anxietate	Caracteristici esenţiale
Tulburarea obsesiv-compulsivă	Obsesii recurente şi/sau compulsii. Obsesiile sunt idei persistente, gânduri, impulsuri sau imagini trăite ca fiind intruzive şi inadecvate, ceea ce generează o anxietate pronunţată. Compulsiile sunt comportamente repetitive sau acte mentale care au scopul de a reduce anxietatea.
Stresul posttraumatic	Urmează expunerii la un eveniment traumatic extrem care determină o frică intensă, neajutorare sau groază. Persoana dezvoltă un tipar caracteristic al simptomelor care include: reexperimentarea evenimentului traumatic, evitarea persistentă a stimulilor asociaţi cu trauma, o activare crescută psihofiziologică.
Tulburarea de anxietate generalizată	Anxietate şi îngrijorare excesivă şi de durată în legătură cu anumite evenimente sau activităţi.
Tulburarea de anxietate de separare	Anxietatea excesivă ce apare în legătură cu separarea de casă sau de persoanele de care copilul este ataşat.

American Psychiatric Association (2000)

Frica şi anxietatea sunt frecvente în viaţa copilului. Fiecare copil a trăit cel puţin o experienţă scurtă de anxietate, faţă de care a reacţionat prin evitare sau ieşire din situaţie. Anxietatea se învaţă din familie. Studiile arată că majoritatea copiilor cu o problemă de anxietate au cel puţin un părinte cu o problemă de anxietate. Copiii cu părinţi anxioşi prezintă un risc de 7 ori mai mare de a dezvolta tulburări de anxietate, comparativ cu copiii ai căror părinţi nu au anxietate. Similar, fratele sau sora unui copil anxios prezintă un risc mult mai mare de a învăţa anxietatea, comparativ cu ceilalţi copii care nu au acest context zilnic de învăţare.

De exemplu, fobiile specifice au cea mai scăzută conexiune genetică, fiind necesare alte condiţii de învăţare a anxietăţii, în timp ce tulburarea de panică are cea mai mare condiţionare genetică.

Care este intervenția cea mai eficientă în abordarea copiilor cu tulburări de anxietate?

Anxietatea este o tulburare care apare ca rezultat al interacţiunii dintre vulnerabilitatea biologică a copilului, vulnerabilitatea psihologică, învăţată din familie şi din contextul de viaţă al copilului (şcoală, comunitate) şi evenimentele stresante de viaţă.

Dacă anxietatea copilului este rezultatul interacţiunii acestor factori, tratamentul anxietăţii implică modificări sau schimbări în context care să faciliteze învăţarea de către copil a unor mecanisme adecvate de răspuns la frică, nelinişte sau teamă.

Contextul înglobează: comportamentul sau reacţiile părinţilor, mesajele pe care aceştia le transmit copilului şi mediul educaţional în care copilul învaţă.

Tratamentul anxietăţii copilului este reprezentat de:

- intervenţia asupra părinţilor, prin reducerea anxietăţilor acestora;
- intervenţia în mediul educaţional, la grupă sau în clasa de copii;
- intervenţia adresată direct copilului;

Anxietatea, problemă de sănătate asociată frecvent și cu alte probleme de sănătate mintală

80% dintre copiii cu tulburări de anxietate au şi o altă tulburare comorbidă, cum ar fi depresia sau tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenţie.

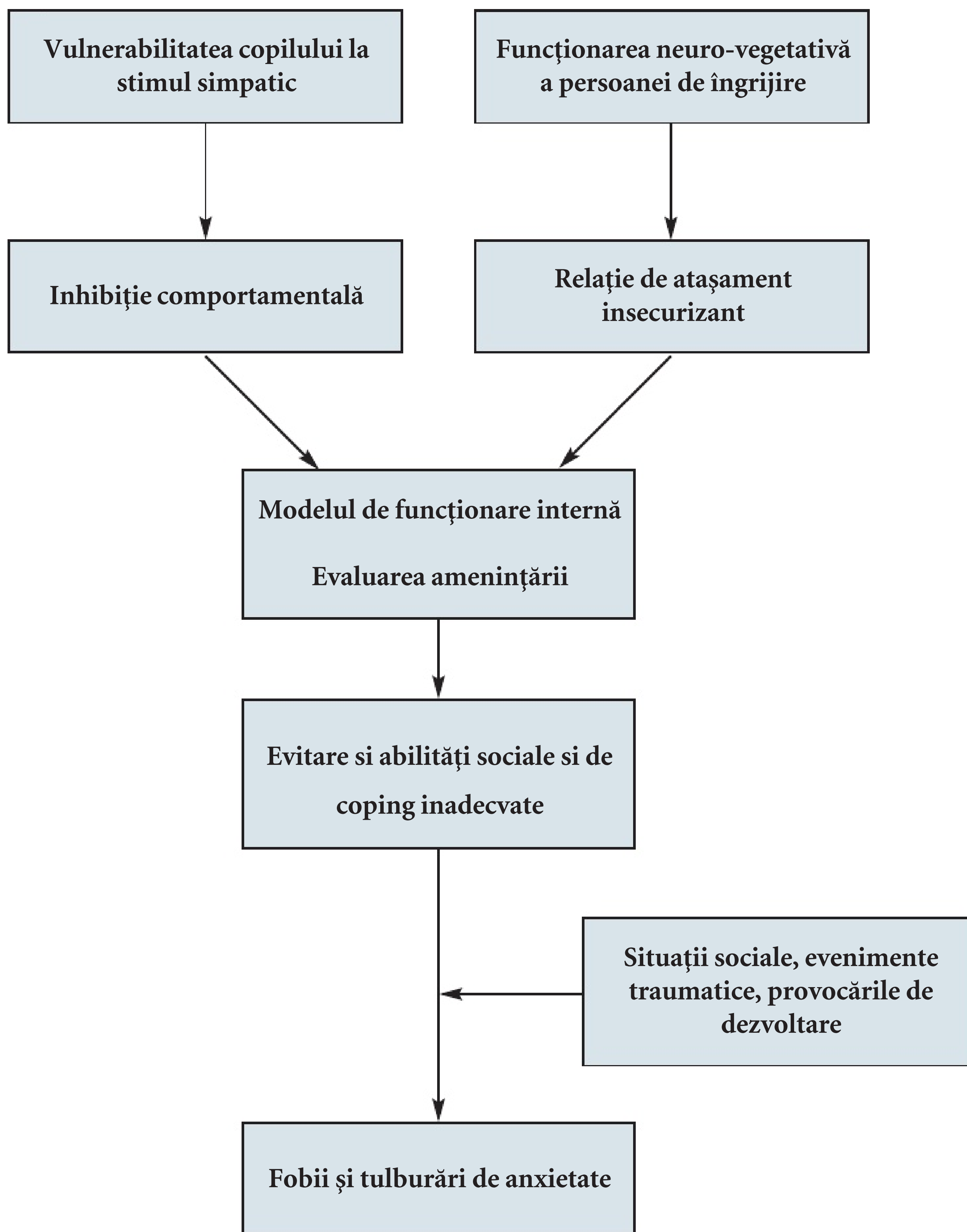
Evaluarea unui copil cu o tulburare de anxietate implică şi evaluarea posibilelor co-morbidităţi sau a factorilor de risc pentru dezvoltarea altor tulburări de anxietate. Adesea se întâmplă ca o tulburare cum este cea de hiperactivitate, datorită manifestărilor comportamentale, să influenţeze decizia specialistului care va minimiza impactul anxietăţii asupra copilului. Similar, o tulburare de anxietate va influenţa evaluarea manifestărilor depresive ale copilului.

(cont.)

Caraceristicile normale ale fricii și anxietății la copii și adolescenți

Vârsta	Aspectele dezvoltării	Frica şi anxietatea
0-6 luni	Reglarea biologică	Frica de zgomote puternice Frica de pierdere a suportului
6-18 luni	Permanenţa obiectului Formarea relaţiei de ataşament	Frica de străini Anxietatea de separare
2-3 ani	Explorarea lumii externe Gândire magică	Frica de animale Frica de creaturi imaginare
3-6 ani	Autonomie Autocontrol	Frica de întuneric Frica de furtuni Frica de pierdere a persoanei de îngrijire
6-10 ani	Adaptare şcolară Operaţiile concrete: inferenţa relaţiilor cauză –efect şi anticiparea evenimentelor negative	Frica de şcoală Îngrijorare Preocupări legate de rănirea corpului şi pericolul fizic
10-12 ani	Înţelegerea socială Prieteniile	Preocupări şi frământări sociale
13-18 ani	Identitatea Operaţiile formale: catastrofizarea simptomelor fizice Relaţii sexuale Schimbări fizice	Anxietatea socială Panica

Warren & Sroufe (2004); Ollendick & March (2004)



Modelul vulnerabilitate – stress în dezvoltarea tulburărilor de anxietate
După Manasis & Bradley (1994)

CAPITOLUL I

MECANISMELE APARIŢIEI ŞI MENŢINERII ANXIETĂŢII LA COPII ŞI ADOLESCENŢI

I.1. Despre cauzele anxietăţii

Anxietatea are cauze multiple.

Studiile arată că există o multitudine de factori care cauzează anxietatea la copii şi adolescenţi: - **factori biologici** (temperament, senzitivitatea pentru anxietate); - **factori psihologici** (ataşamentul, percepţia controlului); - **factori sociali** (familie, şcoală, prieteni etc.);	**Copiii cu o personalitate "sensibilă" prezintă risc crescut pentru dezvoltarea tulburărilor de anxietate**

Aceşti factori acţionează de cele mai multe ori împreună, sub forma unei combinaţii între "personalitatea sensibilă" a copilului şi varietatea experienţelor pe care acesta le trăieşte, ceea ce conduce la intensificarea şi accentuarea problemelor de anxietate.

Personalitatea senzitivă a copilului îl predispune pe acesta la receptivitate crescută faţă de evenimente negative, obiectele şi informaţiile interpretate ca fiind ameninţătoare. Cu alte cuvinte, copiii cu personalitate senzitivă se supără, se sperie, se înfricoşează, se întristează mult mai uşor decât o fac ceilalţi copii. Acest tip de personalitate reprezintă un factor de risc în ceea ce priveşte varietatea emoţiilor negative pe care copilul le trăieşte de-a lungul vieţii (poate să genereze tulburări de anxietate şi uneori depresie).

a. Vulnerabilitatea genetică

Caracteristicile temperamentului copilului, un indicator al riscului de anxietate

Temperamentul se caracterizează prin modul în care copilul reacţionează la stimuli şi situaţii noi. Dimensiunile temperamentului sunt: nivelul de activitate, ritmicitatea, apropiere – retragere, adaptabilitatea, intensitatea, timpul de reacţie, dispoziţia afectivă, distractibilitatea şi persistenţa atenţiei.

Exista astfel mai multe tipare temperamentale: temperamentul uşor, cel dificil şi cel „greu de urnit".

Temperamentul „uşor" se caracterizează prin adaptabilitate crescută şi se manifestă la aproximativ 60% dintre copii. Temperamentul „dificil" şi cel „greu de urnit" se caracterizeaza prin reactivitate negativă şi se manifestă la 15%-23% dintre copii. Temperamentul cu risc pentru anxietatea de separare se manifestă prin afectivitate negativă/nevroză şi abilitate scăzută de control atenţional şi emoţional (capacitatea limitată de distragere a atenţiei de la stimuli ameninţători şi de autoreglare emoţională).

Inhibiţia comportamentală este un indicator relevant în anxietate şi se manifestă printr-o stare de frică, precauţie, iritabilitate, dependenţă de adult, retragere faţă de contextele/situaţiile străine, nefamiliare, căutarea siguranţei în persoanele de referinţă. Aproximativ 20% dintre copiii cu vârstă de 2 ani manifestă inhibiţie comportamentală crescută; tendinţa copiilor este de a reacţiona prin retragere atunci când se confruntă cu oameni şi situaţii necunoscute.

Pentru identificarea aspectelor ce ţin de inhibiţia comportamentală, se recomandă observarea comportamentului copilului atunci când este expus la situaţii nefamiliare. Cei mai mulţi dintre copiii cu tendinţă de inhibiţie comportamentală manifestă abilităţi de interacţiune socială similare cu ale celorlalţi copii în situaţiile familiare.

Indicatori comportamentali pentru starea de inhibiţie:

- se retrage sau evită obiectele şi situaţiile noi;
- se apropie de obiectele şi persoanele noi după o perioadă mai mare de timp;
- nu interacţionează spontan cu persoanele nefamiliare;
- nu iniţiază conversaţii cu persoane necunoscute (fie copii, fie adulţi);
- caută părintele şi stă doar în preajma lui;
- verbalizează mesaje care denotă un anumit grad de stres atunci când este expus la situaţii noi: spune că vrea să plece, plânge etc.
- experimentează o serie de modificări fiziologice: se intensifică bătăile inimii, creşte presiunea sângelui, se dilată pupilele, creşte tensiunea musculară, creşte nivelul de secreţie a cortizolului, se modifică frecvenţa vocală.

Studiile arată că aceşti indicatori comportamentali:
- se manifestă la aproximativ 10-15% dintre copii;
- au o bază genetică;
- reprezintă un important factor de vulnerabilitate în dezvoltarea tulburărilor de anxietate; copiii care prezintă inhibiţie comportamentală pot dezvolta două sau mai multe tulburări de anxietate (Rosenbaum et alii, 1988);

Mecanisme neuronale

Există 2 mecanisme neuronale care intervin în motivarea comportamentului copilului:

- sistemul de activare comportamentală (BAS);
- sistemul de inhibare comportamentală (BIS);

BIS este un sistem cerebral elementar, care semnalează posibilitatea pericolului sau represaliilor, ceea ce contribuie la întărirea comportamentului de evitare.

Activarea BAS se asociază cu receptivitatea crescută la semnalele care au legătură cu recompensarea şi absenţa sancţiunii. Efectele comportamentale ale activării BAS constau în intensificarea comportamentului.

Activarea BIS se asociază cu receptivitatea crescută la semnalele care au legătură cu prezenţa pedepsei, absenţa recompensei şi contactul cu situaţiile noi. Efectele comportamentale ale activării BIS constau în inhibarea comportamentului şi creşterea nivelului atenţiei.

Cele doua sisteme interacţionează şi se coordonează reciproc. Studiile arată că, coordonarea lor nu este dezvoltată complet în primii ani de viaţă. Aşa se explică de ce bebeluşul adesea se apropie sau încearcă să atingă stimuli noi, în ciuda stresului pe care îl resimte. În acest stadiu de dezvoltare se pare că stimulii noi activează atât BAS cât şi BIS.

Emoţionalitatea negativă

Este un factor de temperament sau personalitate care se referă la instabilitatea psihologică şi predilecţia pentru experienţe emoţionale negative. Copiii cu inhibiţie comportamentală mare prezintă de asemenea nivele înalte ale emoţionalităţii negative; aceasta se asociază cu valori ridicate ale anxietăţii şi depresiei, dar şi cu tulburări de conduită.

Indicatorii de observare ai acestui factor sunt reactivitatea negativă şi retragerea. Studiile pe gemeni arată că emoţionalitatea negativă este parţial determinată genetic şi este un important factor de predicţie al tulburărilor emoţionale.

Emoţionalitatea negativă şi controlul voluntar au o contribuţie majoră în dezvoltarea anxietăţii.

Reacţiile la stimuli noi sau la pedeapsă cresc emoţionalitatea negativă, în special în cazul copiilor care prezintă o mare activare a sistemului de inhibare comportamentală (SIC).

Emoţionalitatea negativă este o condiţie esenţială, necesară pentru dezvoltarea anxietăţii dar nu este suficientă. Studiile arată că o combinaţie dinamică între o emoţionalitate negativă ridicată şi un nivel scăzut de control voluntar se asociază puternic cu dezvoltarea anxietăţii.

Procesele voluntare complexe

Controlul voluntar este un factor temperamental de reglare, care poate fi definit ca "abilitatea de a inhiba un răspuns dominant pentru a performa un răspuns subdominant", bazat pe controlul inhibiţiei şi al atenţiei.

Procesele de contol voluntar reprezintă abilitatea de a evita intenţionat sau de a distrage atenţia de la stimuli aversivi, care în mod automat conduc la intensificarea emoţionalităţii negative.

Procesele de control voluntar şi sistemul atenţional implică aspecte din trei reţele neuronale:

- reţeaua atenţională posterioară, specializată pe orientarea pe stimulii senzoriali dintr-un anumit context;
- reţeaua atenţională anterioară, specializată în detectarea evenimentelor;
- reţeaua asociată cu vigilenţa (menţinerea atenţiei);

Influenţa reţelei atenţionale anterioare se manifestă mult mai târziu, faţă de celelalte două. Studiile au arătat că adulţii şi copiii cu anxietate manifestă biasări atenţionale privind stimulii ameninţători. (Vasey& MacLeod), ceea ce sugerează faptul că tulburările de anxietate se asociază cu nivele scăzute ale controlului voluntar.

Nivelul scăzut al controlului voluntar este un factor cheie în dezvoltarea anxietăţii la copil şi adolescent. Un nivel înalt al controlului voluntar permite copilului să dezvolte procese de autoreglare sub forma atenţiei sau a altor comportamente de coping, care pot să prevină sau să moduleze experinţele negative datorate prezenţei unor stimuli aversivi.

Un nivel scăzut de control voluntar, datorat unor slabe capacităţi temperamentale sau unor înalte solicitări situaţionale, determină slabe capacităţi de a face faţă stresului.

Copiii cu nivele înalte de nevrotism au o foarte mare nevoie de control voluntar deoarece se expun la mulţi stimuli negativi la care reacţionează mult mai intens decât o fac alţi copii.

Ce rol joacă aspectele temperamentale în dezvoltarea anxietăţii?

Studiile longitudinale evidenţiază rolul important pe care îl joacă temperamentul în dezvoltarea anxietăţii.

- Emoţionalitatea negativă (nevrotismul) reprezintă mai mult decât o componentă a anxietăţii (Lonigan et al., 1997); este un factor cauzal în dezvoltarea şi menţinerea anxietăţii. (Clark et al., 1994, Krueger et al., 1996).
- Controlul voluntar scăzut este factor cauzal în dezvoltarea simptomelor de internalizare la copii (Capsi, 1995).
- Trăsăturile temperamentale au asupra tulburărilor de anxietate efecte directe, indirecte sau de moderare a altor factori cauzali.

Există mai multe modele de explicare a modului în care temperamentul sau personalitatea influenţează dezvoltarea psihopatologiei la copil.

Temperamentul este un factor predispozant, care joacă un rol cauzal direct în dezvoltarea anxietăţii (Akiskal, et al.1983, Clark et. al.1994).

Copilul este predispus la una sau mai multe tulburări de anxietate datorită trăsăturilor sale temperamentale, respectiv datorită emoţionalităţii negative şi controlului voluntar scăzut. Studiile au arătat însă că nu există un raport de determinare directă între aceste trăsături temperamentale şi dezvoltarea tulburărilor de anxietate.

Sunt studii (Kagan et al, 1994, Turner et al, 1996) care arată că doar o treime din copiii cu inhibiţie comportamentală manifestă tulburări de anxietate în copilăria mare sau la adolescenţă, în timp ce 70% dintre copiii cu inhibiţie comportamentală studiaţi nu au prezentat nici un simptom de tulburare de anxietate (Biederman et al. 1990).

Concluziile studiilor făcute în acest domeniu arată că aspectele temperamentale, incluzând inhibiţia comportamentală, reprezintă un factor de risc semnificativ pentru dezvoltarea tulburării de anxietate, dar nu poate fi considerat nici necesar, nici suficient pentru dezvoltarea acestei psihopatologii.

Combinaţiile variate ale diverşilor factori temperamentali se asociază cu apariţia diferitelor forme de tulburări de anxietate (Caspi et al. 1995, Robins et al. 1996).

Efectele indirecte ale temperamentului asupra dezvoltării tulburării de anxietate

Stilul comportamental, inhibiţia comportamentală, emoţionalitatea negativă crescută şi controlul voluntar scăzut determină indirect o creştere a probabilităţii de dezvoltare a tulburării de anxietate, datorită mai ales strategiilor comportamentale de evitare. Sunt copii cu o mare reactivitate emoţională negativă, care aleg să facă faţă stimulilor noi sau negativi, de intensitate medie, folosind comportamente de evitare – ei nu se plasează în situaţiile de care se tem sau care îi deranjează (Rubin & Burgess).

Inhibiţia comportamentală, emoţionalitatea negativă crescută şi controlul voluntar scăzut pot predispune copiii la comportamente care conduc la izolarea sau respingerea lor de către grup, ceea reprezintă un important factor de risc suplimentar pentru tulburările de internalizare, cum ar fi depresia şi anxietatea (Baker, Milich & Manolis, 1996).

Relaţiile de ataşament

Cel puţin o parte din relaţia de ataşament a copilului cu persoana de îngrijire este o funcţie a trăsăturilor temperamentale, atât ale copilului cât şi ale persoanei de îngrijire, ceea ce înseamnă că relaţia de ataşament poate media rolul temperamentului în ceea ce priveşte reactivitatea emoţională negativă de mai târziu sau inhibiţia comportamentală (Goldsmith & Alansky, 1987). Studiile care au investigat reactivitatea emoţională negativă a bebeluşilor în corelaţie cu tipul de ataşament dezvoltat ulterior, au arătat că bebeluşii cu o înaltă reactivitate emoţională negativă au fost identificaţi ca având o relaţie de ataşament insecurizant (evitant sau rezistent).

Biasarea atenţională

Cercetările au arătat că persoanele anxioase manifestă o biasare atenţională în ceea ce priveşte stimulii ameninţători. Procesele reactive, asociate cu emoţionalitatea negativă crescută şi controlul voluntar scăzut, pot avea un impact mare asupra dezvoltării reprezentărilor cognitive interne ale copiilor despre ei înşişi, despre ceilalţi şi despre lume.

Emoţionalitatea negativă crescută, asociată cu concentrarea atenţiei pe aspectele ameninţătoare ale mediului şi dezvoltarea de reprezentări privind lipsa de competenţe personale pot să conducă la generalizarea şi stabilizarea răspunsurilor anxioase în situaţii ameninţătoare sau ambigue (Hock, Krohne & Kaiser, 1996).

Temperamentul poate fi influenţat şi de alţi factori care predispun copilul la apariţia anxietăţii. Factorii externi, de mediu şi dezvoltare, pot modera exprimarea temperamentală în primii trei ani de viaţă.

Efectele practicilor parentale de creştere şi educare

Trăsăturile temperamentale îşi pun amprenta asupra modului de creştere şi educare iar comportamentele parentale pot influenţa în mod direct modul de exprimare temperamentală (Lee & Bates, 1985).

Studiile arată că stilul parental (convingeri, atitudini, comportamente):

- are o influenţă directă asupra inhibiţiei comportamentale, retragerii şi gradului de stres pe care copilul îl manifestă;
- ajută la crearea şi menţinerea unui tipar comportamental de evitare şi inhibare prin modelarea şi încurajarea utilizării acestuia (de ex. mulţi

părinţi care au copiii cu reactivitatea emoţională crescută au tendinţa de a-i proteja de situaţiile cu un anumit grad de disconfort, reducând frecvenţa expunerii la stimuli nefamiliari sau sărind repede în ajutor pentru a oferi linişte şi confort, atunci când experienţa nouă nu poate fi evitată (Thompson & Calkins, 1996).

Comportamentul de evitare al copilului limitează posibilitatea acestuia de a face noi achiziţii şi generează o imagine negativă atât asupra mediului cât şi asupra abilităţii lui de a face faţă situaţiilor, ceea ce poate fi o sursă de disconfort pentru experienţe viitoare, care întăreşte evitarea şi retragerea.

b. Vulnerabilitatea psihologică

Controlul perceput

Controlul perceput se referă la credinţa că cineva poate să controleze evenimentele interne şi externe.

Personalitatea senzitivă a copilului poate fi accentuată în funcţie de tipul experienţelor de viaţă pe care le trăieşte. Cele mai puternice influenţe vin din sfera controlului pe care copilul îl deţine asupra lucrurilor care i se întâmplă în viaţă. Studiile au arătat că acei copii care nu simt că au control sunt mult mai predispuşi să aibă reacţii negative intense la evenimentele negative. Acest sentiment de a nu controla lucrurile are un impact negativ puternic asupra dezvoltării copilului deoarece îi limitează oportunităţile de a explora mediul înconjurător, de a face faţă provocărilor, de a învăţa noi abilităţi care să-l ajute în situaţiile viitoare, de a solicita ajutorul atunci când are nevoie. Cel mai important lucru este ca un copil să-şi dezvolte încrederea că poate să facă faţă situaţiilor negative.

Controlul şi dezvoltarea emoţionalităţii negative

Senzitivitatea mare la stimuli negativi, asociată cu manifestări emoţionale şi comportamentale negative are o importantă bază ereditară.

Studiile atestă faptul că reducerea sentimentului de control asupra a ceea ce ni se întâmplă, se asociază cu apariţia imediată a emoţiei negative (Barlow, 1988, Beck &Emery, 1985).

Mediul poate să contribuie la dezvoltarea vulnerabilităţii prin intermendiul experinţelor timpurii care fac copilul să nu se simtă în control. Ulterior, în următoarele etape de dezvoltare, vulnerabilităţile încep să acţioneze ca factori de amplificare a efectelor mediului asupra activităţii BIS.

Experimentarea controlului ca factor de risc pentru dezvoltare

Studiile arată că un istoric al lipsei de control pune copilul în situaţie de risc prin experimentarea unor stări emoţionale negative cronice care conduc la accentuarea vulnerabilităţii psihologice. Mai mult decât atât s-a dovedit

ştiinţific că experinţele timpurii legate de imposibilitatea de a controla ceea ce se întâmplă, conduc la generalizarea tendinţei de a percepe şi interpreta experinţele de viaţă ca fiind în afara controlului personal (Corpita, Barlow, 1998). Aceste biasări ale percepţiei şi interpretării experienţelor de viaţă conduc la creşterea emoţionalităţii negative.

Controlul din perspectiva factorilor familiali

Experinţele timpurii joacă un rol important în formarea vulnerabilităţii în BIS. Din acest punct de vedere studiile s-au centrat pe mai multe aspecte:

- caracteristicile specifice ale mediului familial, care au legătură cu dezvoltarea cogniţiilor copilului privind sentimentul de control asupra lucrurilor care i se întâmplă;
- caracteristicile familiale legate de dezvoltarea tulburărilor de anxietate;
- rolul relaţiei de ataşament din perspectiva controlului;

Teoria ataşamentului stipulează că funcţionarea sănătoasă a copilului este determinată într-o mare măsură de gradul de securitate şi predicitibilitate pe care îl oferă relaţia cu persoana de îngrijire. Chiar dacă copilul nu poate controla total ce i se întâmplă, dezvoltarea unei relaţii de ataşament sănătoase depinde în mare măsură de senzitivitatea şi eficacitatea persoanei de îngrijire cât şi de abilitatea bebeluşului de a influenţa persoana de îngrijire.

Rutter (1980) afirmă că mama şi copilul au un repertoriu foarte bine stabilit de comunicare şi interacţiune ceea ce reprezintă un mare potenţial pentru comportamentul de explorare în siguranţă al copilului. În acord cu studiile, ataşamentul are efecte specifice asupra bebeluşului, care nu sunt caracteristice altor tipuri de interacţiune socială:

- ameninţarea şi surpriza vor creşte ataşamentul sau căutarea proximităţii;
- separarea de figura de ataşament va creşte anxietatea şi retragerea;
- prezenţa figurii de ataşament favorizează explorarea;

O serie de variabile, cum ar fi separarea timpurie sau lipsa de senzitivitate a persoanei de îngrijire, pot conduce la o tulburare a relaţiei de ataşament. Aceste experienţe timpurii sunt încorporate în memoria afectivă a copilului şi pe baza lor se formează reprezentările despre sine, lume şi viaţă.

Rolul practicilor parentale în formarea sentimentului de control asupra mediului

Familia joaca un rol esenţial în crearea sentimentului de deţinere a controlului. Studiile arată că părinţii care sunt intruzivi sau protectivi nu oferă copiilor suficiente ocazii de a-şi dezvolta noi abilităţi sau de a explora mediul, ceea ce contribuie la diminuarea sentimentului copilului de a fi în control.

Părinţii copiilor care manifestă încredere în capacitatea lor de a controla lucrurile sunt mult mai dispuşi să laude, să valorizeze şi să încurajeze independenţa.

Hiperprotecţia este definită ca o implicare excesivă a părintelui care controlează mediul copilului, ceea ce conduce la minimizarea experinţelor negative trăite de copil. Limitarea participării la anumite activităţi extrafamiliale, blocarea unor surse de informaţii (ex. ştirile), ascunderea unor evenimente neplăcute din familie (ex. boală sau probleme de familie) pun copilul în situaţia de trăi foarte puţine contexte în care poate să experimenteze succesul de a face faţă emoţiilor negative, de a stăpâni evenimente noi şi ameninţătoare. Copiii au nevoie să experimenteze anxietatea, frustrarea, dezamagirea pentru a şti cum să facă faţă situaţiilor dificile; singurul mod prin care învaţă să deţină controlul este să se pună în situaţiile respective, să le experimenteze, nu să le evite.

Tulburările de anxietate din prisma autoreglării emoționale şi ataşamentului

Ataşamentul insecurizant-ambivalent sau rezistent (anxios) reprezintă un factor de risc pentru dezvoltarea anxietaţii.

O relaţie securizantă mama-copil, ce implică senzitivitate (atenţia mamei faţă de nevoile emoţionale ale copilului), atitudine pozitivă, suport, stimulare, reprezintă un factor de protecţie pentru dezvoltarea copilului. Ataşamentul insecurizant-ambivalent sau cel anxios al adultului faţă de copil reprezintă un factor de risc pentru dezvoltarea anxietăţii. În anxietate, vulnerabilitatea psihologică este determinată de modul de interacţiune părinte-copil, în care copilul învaţă faptul că mediul/lumea este impredictibilă şi de necontrolat.

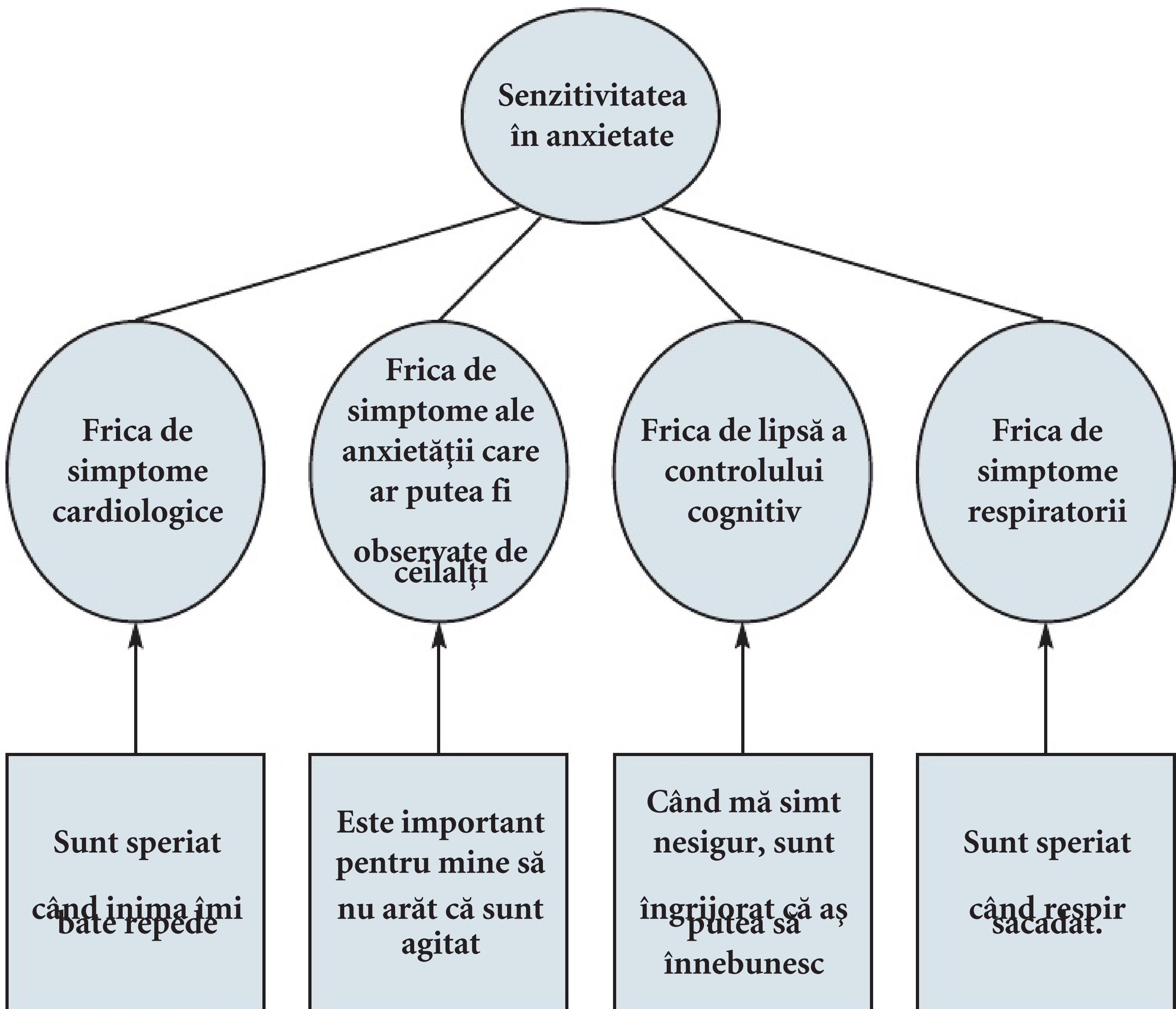
Senzitivitatea faţă de anxietate - factor de risc pentru dezvoltarea tulburărilor de anxietate

Senzitivitatea faţă de anxietate se defineşte ca frică de senzaţiile fizice asociate anxietăţii şi credinţa că ele au consecinţe psihologice şi sociale dăunătoare. Adesea apare ca un semnal al unei potenţiale pierderi catastrofice a autocontrolului.

Copiii care în mod regulat trăiesc emoţii intense în situaţii comune de viaţă, se confruntă cu dificultăţi privind modul în care ei decodifică reacţiile fiziologice. Copiii cu tulburări de anxietate devin foarte preocupaţi de reacţiile corporale care însoţesc anxietatea, în principal de cele care apar când se expun la situaţii sociale.

Deoarece copiii asociază adesea semnele viscerale cu stresul copleşitor pe care îl resimt, ei dezvoltă o mare senzitivitate la starea lor fiziologică; devin hipersenzitivi la indicatorii fiziologici care anticipează şi însoţesc emoţiile negative interne.

Structura senzitivității în anxietate



Activarea emoţională poate fi gestionată prin reinterpretarea contextelor care provoacă emoţii.

Efecte în gândirea copilului cu anxietate

Copilul cu probleme de anxietate vede lumea într-un mod diferit.
Copiii cu probleme de anxietate diferă de ceilalţi copii prin modul în care gândesc. În general, copiii anxioşi sunt mult mai predispuşi să facă interpretări negative. Cu alte cuvinte, copiii anxioşi, raportat la ceilalţi copii care nu prezinţă probleme de anxietate, identifică o multitudine de posibilităţi în care se poate întâmpla ceva negativ. Această tendinţă este materializată la nivelul comprtamentului lor sub forma:

- problemelor de atenţie;
- interpretărilor negative: "ceva rău urmează să se întâmple";
- vorbirii cu sine prin propoziţii negative: "nu pot să fac, nu voi reuşi etc."

În cadrul unei cercetări experimentale copiilor subiecţi le-au fost prezentate pe calculator perechi de cuvinte, constatându-se că, acei copiii cu nivel ridicat de anxietate erau mult mai înclinaţi să acorde atenţie cuvintelor ameninţătoare cum ar fi “accident”. Sunt de asemenea studii care arată că, copiii anxioşi sunt mai predispuşi să interpreteze situaţiile ambigue ca fiind periculoase.

De exemplu, când copiii erau întrebaţi “dacă auzi un zgomot la miezul nopţii, ce crezi că este?”, copiii anxioşi au oferit o mulţime de alternative ameninţătoare, cum ar fi prezenţa unui hoţ.

Copiii anxioşi folosesc într-o măsură mult mai mare vorbirea negativă cu sine, spunându-şi frecvent lucruri de genul „nu voi fi în stare să fac faţă situaţiei“.

Efecte în emoţiile copilului cu anxietate

Când lumea este văzută aşa cum o vede copilul cu anxietate, efectele asupra lui sunt numeroase şi activează o serie de procese în creier şi în corp.

Frica este o emoţie normală care ne pregăteşte pentru a face faţă pericolului; este un răspuns emoţional firesc, care ne ţine departe de pericol, ne protejează.

În primul stagiu, în care pericolul este la distanţă, frica se prezintă sub forma îngrijorării, tensiunii, creşterii atenţiei faţă de pericolul posibil precum şi reducerii activităţilor de tipul jocului, alergatului etc. Unii cercetători au numit acest stadiu al fricii “opreşte-te, priveşte şi ascultă”.

De exemplu, un copil care aude întâmplător un câine lătrând în timp de el mege spre şcoală, se opreşte din mers, ascultă, îşi imaginează că acel câine ar putea să îi facă probleme şi se gândeşte pe unde să o ia astfel încât să ajungă în siguranţă la şcoală. Acest tip de răspuns îl întâlnim şi la animale. De exemplu, când ne apropiem de o pasăre, ea va înceta să mai mănânce sau să meargă astfel încât să poată vedea ce urmează să facem.

Aşa cum se poate remarca, frica are un rol foarte folositor în viaţa noastră deoarece ne ajută să analizăm pericolul şi să îl evităm. Problemele apar în momentul în care oamenii simt frică atunci cînd nu există un motiv sau o ameninţare reală. Această emoţie se numeşte anxietate iar unii cercetători îi mai spun şi “alarmă falsă”.

Emoţiile pe care le simte copilul reprezintă al doilea stadiu.

Dacă pericolul se apropie sau devine din ce în ce mai intens, emoţiile se intensifică şi alte părţi ale corpului sunt activate şi pregătite pentru a face faţă pericolului. Acesta este un răspuns natural şi util pentru supravieţuirea noastră, deoarece ne ajută să facem faţă experienţelor ameninţătoare.

În aceste situaţii corpul este automat activat şi apare răspunsul cunoscut sub denumirea de “luptă sau fugi”. Acest răspuns constă în creşterea bătăilor inimii, schimbări în presiunea sângelui, respiraţie accelerată, abundenţă hormonală pentru a creşte viteza şi forţa. Unii dintre aceşti hormoni, cum ar fi adrenalina, au efecte vizibile precum transpiraţia şi tremuratul.

În exemplul nostru, copilul alergat de cîine trece de la stadiul 1 (îngrijorare, tensiune) la stadiul 2 (gură uscată, mâini umede, respiraţie sacadată, bătăi puternice ale inimii). Toate acestea îl ajută pe copil să alerge repede şi să scape de pericol.

Există copii cu nivele crescute ale senzitivităţii faţă de lucruri dezgustătoare şi care au tendinţa de a reacţiona cu repulsie la stimuli asociaţi cu murdăria şi cu o posibilă contaminare.

Aceşti copii sunt mult mai predispuşi să dezvolte unele tipuri de fobii specifice (în particular fobia de animale, de injecţii).

Rolul experienţelor negative

Experienţele pe care copilul le trăieşte în contextele sale de viaţă (la şcoală, acasă, cu prietenii) au un rol foarte important în accentuarea vulnerabilităţilor sale.

De exemplu, un copil care este agresat de un câine, poate dezvolta fobie de câini. Dacă copilul este în mod excesiv agresat de cei din jur poate să dezvolte anxietate socială. Dacă copilul are o experinţă negativă cu străinii, poate să dezvolte anxietate de separare.

În consecinţă, tulburarea de anxietate este rezultatul unei multitudini de factori care îşi exercită înfluenţa în timp, incluzând factorii de personalitate, vulnerabilitatea biologică a copilului, sentimentul timpuriu de a deţine controlul asupra lucurilor care i se întâmplă şi experinţele negative specifice pe care le trăieşte.

Condiţionarea

Este procesul de învăţare prin care un stimul prealabil neutru este perceput ca prevestind ceva negativ. Prin condiţionare, copiii şi adolescenţii pot achiziţiona direct frica sau fobia.

Experienţe de învăţare indirectă

Învăţarea se realizează şi prin observarea comportamentului celorlalţi (ex.modelarea) sau prin transmiterea unor informaţii negative despre anumiţi stimuli sau situaţii (avertismente, experienţe împărtăşite de alţii, media). Unii cercetători arată că frica de întuneric, specifică micii copilării, este alimentată de informaţiile pe care copiii le-au auzit sau imaginile pe care le-au văzut. Alte studii au arătat că există o legătură directă între comportamentul mamei de a-şi exprima frica şi gradul de severitate a fricii copilului (Muris et alii, 1996).

Stilul parental ca factor de risc pentru dezvoltarea tulburării de anxietate

Studiile arată că există o serie de comportamente parentale care pun copiii în situaţie de risc:

- părintele critică în mod excesiv;
- are dificultăţi de exprimare a afecţiunii (părintele exprimă puţină afecţiune şi zâmbeşte puţin);
- foloseşte catastrofizarea în interacţiune cu copilul;
- este predispus să nu încurajeze autonomia psihologică a copilului (să-i solicite opinia, să-i tolereze diferenţele de opinie, să înţeleagă şi să respecte punctele de vedere ale copilului, să evite judecata, să încurajeze copilul să gândească independent (Whaley, Pinto & Sigman, 1999);
- limitează accesul copilului la diferite tipuri de activităţi (hiperprotecţia);

Copiii cu anxietate experimentează emoţii intense şi modificări fizice cînd nu există un pericol real.

Variabile care accentuează vulnerabilitatea copilului și adolescentului în dezvoltarea și menținerea fobiilor și tulburărilor de anxietate

Variabile	Descriere	Influenţa pentru anxietate în perioada copilăriei
Genetice	Transmiterea genetică a caracteristicilor fizice şi psihologice de la părinţi la urmaşi.	Studiile pe gemeni, copii şi adolescenţi au arătat că mai mult de 50% din variaţia simptomelor de anxietate poate fi explicată prin intermediul factorilor genetici.
Inhibiţia comportamentală	Tendinţa comportamentală de a reacţiona prin retragere atunci când ne confruntăm cu oameni şi situaţii noi/necunoscute.	Copiii şi adolescenţii care manifestă puternic şi consecvent această tendinţă comportamentală, prezintă nivele înalte de frică şi simptome ale anxietăţii.
Emoţionalitate negativă	Factor de temperament sau personalitate care se referă la instabilitatea psihologică şi predilecţia pentru experienţe emoţionale negative.	Adolescenţii cu nivele înalte de emoţionalitate negativă sunt mult mai predispuşi spre internalizarea simptomelor psihopatologice, incluzând frica şi anxietatea.

(cont.)

Variabile care accentuează vulnerabilitatea copilului și adolescentului în dezvoltarea și menținerea fobiilor și tulburărilor de anxietate

(cont.)

Variabile	Descriere	Influenţa pentru anxietate în perioada copilăriei
Trăsături anxiogene	Tendinţa de a reacţiona anxios la stimuli şi situaţii potenţial ameninţătoare.	Copiii şi adolescenţii care prezintă un nivel ridicat de trăsături anxiogene sunt mult mai vulnerabili să dezvolte anxietatea la nivel patologic.
Sistemul de inhibiţie comporta-mentală (BIS)	Sistem cerebral de bază care semnalează posibilitatea perico-lului sau represaliilor ceea ce contribuie la întărirea comportamentului de evitare.	O reactivitate puternică a BIS ar fi asociată cu o predispoziţia spre anxietatea patologică.
Circuitele cerebrale subcorticale	Circuitele cerebrale situate în şi în jurul sistemului limbic, care se ocupă cu procesarea primară a informaţiilor senzoriale care ajung la creier, joacă un rol important în organizarea răspunsului la ameninţare.	Hipersenzitivitatea circuitelor cerebrale subcorticale predispun tinerii la experienţierea unor nivele ridicate de frică şi anxietate.
Senzitivitate faţă de anxietate	Frica de anxietate, de senzaţiile fizice care sunt intrepretate ca având consecinte somatice, psihologice sau sociale, potenţial periculoase.	Copiii şi adolescenţii care au un nivel ridicat de senzitivitate faţă de anxietate sunt mult mai susceptibili de a dezvolta atacuri de panică sau alte tulburări de anxietate.
Senzitivitate faţă de lucuri care sunt dezgustă-toare	Tendinţa de a reacţiona cu repulsie la stimuli care sunt asociaţi cu murdăria şi cu o posibilă contaminare.	Tinerii care exprimă nivele înalte ale acestui tip de senzitivitate, ar fi mult mai predispuşi să dezvolte unele tipuri de fobii specifice (în particular fobia de animale, de injecţii).
Evenimente negative de viaţă şi stres	Trăirea unor experienţe negative extrem de obişnuite.	Nivelul înalt al experinţelor negative trăite creşte probabilitatea ca tinerii să dezvolte probleme de anxietate.

(cont.)

Variabile care accentuează vulnerabilitatea copilului și adolescentului în dezvoltarea și menținerea fobiilor și tulburărilor de anxietate

(cont.)

Variabile	Descriere	Influenţa pentru anxietate în perioada copilăriei
Victimizarea în grupul de egali.	Experienţa de a fi abuzat psihologic sau fizic de către alţi tineri.	Copiii şi adolescenţii care au fost victimizaţi de către alţi copii sau tineri, prezintă un risc crescut de a dezvolta probleme de anxietate.
Condiţionarea	Procesul de învăţare prin care un stimul prealabil neutru este perceput ca prevestind ceva negativ.	Prin condiţionare copiii şi adolescenţii pot achiziţiona direct frica sau fobia.
Experienţe de învăţare indirectă	Învăţarea prin observarea comportamentului celorlalţi (ex.modelarea) sau prin transmiterea unor informaţii negative despre anumiţi stimuli sau situaţii.	Modelarea comportamentului de teamă, anxios şi transmiterea de informaţii negative pot conduce la accentuarea fricii şi anxietăţii.
Ataşamentul insecurizant	Relatia primară nesigură între persoana de îngrijire şi copil.	Tinerii ataşaţi nesigur (în particular ambivalenţi) pot prezenta un risc crescut pentru dezvoltarea problemelor de anxietate.
Stilul parental de creştere şi educare	Modul în care părinţii îşi cresc copiii.	O mare parte din comportamentele parentale pot contribui la dezvoltarea anxietăţii(critica, hiperprotecţia, respingerea).
Orientarea rolului de gen	Gradul în care băieţii şi fetele prezintă trăsături şi comportamente masculine şi feminine.	Orientarea rolului de gen (mai mult feminin şi mai puţin masculin) este asociată cu grade înalte de frică şi anxietate
Biasarea procesării informaţiei	Distorsiuni în perceperea şi procesarea ameninţării, dar şi a anxietăţii în relaţie cu senzaţiile corporale.	Nivele înalte de frică şi anxietate sunt asociate cu înclinaţia de a fi preocupat de ameninţarea unor simptome fizice, de interpretarea stimulilor ambigui ca fiind ameninţători, de identificarea rapidă a informaţiilor despre pericol. Acest mod biasat de procesare a informaţiei menţine frica şi anxietatea la un nivel crescut.

(cont.)

Variabile care accentuează vulnerabilitatea copilului și adolescentului în dezvoltarea și menținerea fobiilor și tulburărilor de anxietate

(cont.)

Variabile	Descriere	Influenţa pentru anxietate în perioada copilăriei
Modul disfuncţional şi negativ de a gândi	Îngrijorarea, vorbirea despre sine în termeni negativi.	Nivele crescute ale acestor procese disfuncţionale de gândire împiedică comportamentele eficiente de coping şi menţin frica şi anxietatea.
Controlul	Factor temperamental de reglare care poate fi definit ca “abilitatea de a inhiba un răspuns dominant pentru a performa un răspuns subdominant”, care se bazează pe controlul inhibiţiei şi atenţiei.	Gradul înalt al reglării atenţiei protejează copiii şi adolescenţii de dezvoltarea fricii şi anxietăţii la un nivel crescut.
Controlul perceput	Credinţa că cineva poate să controleze evenimentele interne şi externe.	Nivele înalte ale controlului perceput protezează tinerii de frica şi anxietatea legate de stările afective.
Stima de sine	O evaluare proprie bazată pe o comparaţie între sinele ideal şi cel real, perceput.	Nivele înalte ale stimei de sine sunt asociate cu nivele scăzute ale fricii şi simptomelor anxietăţii.
Autoeficacitatea	Abilitatea percepută de a produce o acţiune dorită. La tineri, autoeficacitatea are legatură cu aspectele sociale, academice si emoţionale.	Nivele înalte ale autoeficacităţii sunt considerate ca având rol de protecţie împotriva dezvoltării unui nivel înalt al emoţionalităţii negative, incluzând şi anxietatea.
Coping şi apărare	Eforturi cognitive şi emoţionale de a gestiona solicitările interne şi externe, care sunt apreciate ca depăşind resursele personale	Centrarea pe problemă şi implicarea se asociază cu o adaptare psihologică mai bună.
Reglarea emoţională	Procesul intrinsec sau extrinsec responsabil de monitorizarea, evaluarea sau modificarea reacţiilor emoţionale în acord cu atingerea scopului.	O reglare emoţională adecvată este privită ca o prerechizită pentru asigurarea sănătăţii mentale, ajutând la prevenirea dezvoltării fricii şi anxietăţii la nivel patologic.
Suportul social	Apartenenţa la o reţea formată din alte persoane, evaluarea pozitivă şi valorizarea de către ceilalţi, iubirea şi grija primită de la cei din jur.	Suportul social poate fi o sursă tampon împotriva dezvoltării anxietăţii, atunci când a avut loc o expunere la evenimente negative de viaţă şi la stres.

I.2. Autoreglarea emoțională – factor de protecție pentru sănătatea mentală a copilului

Ce este reglarea emoțională?

Reglarea emoţională se referă la abilitatea de a iniţia, menţine şi modula apariţia, intensitatea trăirilor subiective şi a proceselor fiziologice care acompaniază emoţia.

Reglarea comportamentală se referă la abilitatea de a controla comportamentul declanşat de o emoţie. Copiii întâmpină o serie de obstacole atunci când învaţă să-şi regleze emoţiile şi comportamentul:

- să tolereze frustrarea;
- să facă faţă fricii;
- să se apere;
- să tolereze să stea singuri;
- să negocieze prietenia etc.

Care sunt beneficiile învățării autoreglării emoționale a copiilor?

Cercetările arată că abilităţile de reglare internă precum conştientizarea şi recunoaşterea emoţiilor proprii precum şi reglarea eficientă a exprimării emoţionale în cadrul interacţiunilor sociale sunt esenţiale pentru interacţiunile pozitive între colegi şi pentru angajarea în sarcinile şcolare (Denham, 1998; Denham, Salisch, Olthof, Kochanoff şi Caverly, 2002; Denham şi colab., 2003; Eisenberg şi colab., 2001; Shields şi colab., 2001 citat în Fantuzzo şi colab., 2005).

Copiii trişti, fricoşi sau furioşi sunt preocupaţi, nu pot să se angajeze în sarcini de învăţare şi nu pot să se concentreze. O bază solidă de securitate emoţională ajută copilul să participe la experienţele de învăţare.

Competenţa emoţională implică astfel şi reglarea sau controlul propriilor emoţii (Raver şi Ziegler, 1997; Thompson, 1994, citat în Squires, 2003). Deşi anumite frici acute, anxietăţi, comportamente impulsive sau stări de tristeţe sunt normale în perioada copilăriei, la unii copii aceste emoţii şi exprimările comportamentale asociate pot lua o formă cronică sau extremă, necesitând intervenţie de specialitate. Odată ce copilul învaţă să numească emoţiile, să vorbească despre emoţii şi să folosească limbajul emoţional, el va învăţa să îşi regleze atât emoţiile, cât şi comportamentul.

Reglarea emoţională reprezintă procesul prin care reacţiile emoţionale sunt monitorizate, evaluate şi modificate pentru a putea funcţiona normal în viaţa de zi cu zi (Garber şi Dodge, 1991).

Reglarea emoţională este deci un proces de adaptare dinamică a reacţiilor emoţionale la situaţiile de viaţă cotidiană. Abilitatea copiilor de a-şi *regla emoţiile* în mod eficient este *principalul scop al dezvoltării socio-emoţionale*, dat fiind faptul că acest proces are un rol de protecţie pentru sănătatea mentală şi socială a copiilor.

Abilitatea scăzută de reglare emoţională este asociată cu apariţia frecventă a emoţiilor negative la copii (ex. frică, furie), ceea ce îşi va pune amprenta asupra funcţionării lor intelectuale şi sociale. Un rol important în succesul copilului la grădiniţă îl are capacitatea acestuia de a ignora factorii de distragere a atenţiei, de a se concentra pe activitatea desfăşurată la un moment dat, de a respecta instrucţiunile educatoarei şi de a şti să îşi organizeze munca. Toate aceste aspecte sunt direct relaţionate cu abilitatea copilului de a-şi regla emoţiile. El trebuie să înveţe să-şi amâne dorinţa imediată de joacă pentru a se concentra asupra activităţii în care e implicat în momentul respectiv şi să-şi regleze frustrarea determinată de realizarea unui comportament nedorit de el, dar cerut de adult. Chiar şi în timpul jocului, copilul trebuie să îşi inhibe anumite impulsuri pentru a urma regulile jocului şi pentru a fi acceptat de ceilalţi colegi.

Reglarea emoţională vizează două aspecte:

Reglarea trăirii emoţionale – reprezintă iniţierea, menţinerea şi modificarea momentului apariţiei, intensităţii sau duratei stărilor emoţionale interne. Principalele mecanisme de reglare implicate în acest sens sunt menţinerea sau redirecţionarea atenţiei şi controlului gândurilor.

Reglarea exprimării emoţionale – reprezintă procesul de reglare comportamentală a exprimării emoţionale. Reglarea comportamentală vizează abilitatea copilului de a utiliza regulile sociale pentru modificarea propriilor comportamente prin care e exprimată o emoţie în situaţia în care adultul nu este de faţă.

Concordanţa între reglarea trăirii emoţionale şi reglarea comportamentală a exprimării emoţionale apare la vârsta de 2 ani şi optimizează procesul de reglare emoţională.

Studiile indică faptul că relaţia dintre părinţi, educatori şi copii este esenţială pentru reglarea emoţională la copii. Reglarea emoţională la copii se realizează fie prin *verbalizarea de către adult (ghidajul verbal oferit de adulţi)*, pe care o dată cu dezvoltarea limbajului, copilul o va interioriza şi va adopta, fie prin *interacţiunea cu ceilalţi copii în cadrul jocului imaginativ* (ex. jocul de-a medicul).

Abilitatea de a regla emoţiile proprii este asociată cu apariţia problemelor de comportament:

- probleme de externalizare (ex. tulburări de comportament, tulburarea opoziţionismului provocator etc.) în cazul copiilor care nu au atins un nivel cel puţin mediu de reglare emoţională;
- probleme de internalizare (ex. depresie, anxietate) pentru copiii care au dezvoltate abilităţi neadecvate de autoreglare emoţională;

Caspi şi colab. (1996) au observat că acei copii care au un nivel scăzut de reglare emoţională (iritabili, impulsivi, fără perseverenţă, cu dificultăţi de a sta aşezaţi, cu comportament necontrolat) la vârsta de 3 ani, au o probabilitate mai mare de a dezvolta o tulburare de personalitate antisocială şi de a fi implicaţi în infracţiuni până la atingerea vârstei de 21 de ani. Prin contrast, copiii care au nivele prea crescute de reglare emoţională la 3 ani au o probabilitate mai mare de a dezvolta depresie până la atingerea vârstei de 21 de ani (Anderson şi Colombo, 2003).

Astfel, cele trei componente ale competenţei emoţionale: reglarea, exprimarea şi înţelegerea emoţională, sunt cruciale pentru succesul copilului atât în perioada preşcolară cât şi în sarcinile sociale de mai târziu (Denham, 2007).

Strategiile de autoreglare emoţională

În cadrul *reglării emoţionale* putem vorbi despre *două categorii de comportamente*:

- *comportamente simple de reglaj emoţional* (ex. suptul degetului, căutarea/evitarea privirii) folosite de copii mai ales în primul an de viaţă;
- *strategii comportamentale de reglaj emoţional* (ex. căutarea suportului/ajutorului din partea adulţilor, a proximităţii sau apropierii lor fizice) care apar între un an şi 3 ani.

Preşcolarii încep să utilizeze treptat strategii specifice de reglare emoţională precum:

- ***Rezolvare de probleme*** (găsirea de soluţii concrete la problemele care determină apariţia emoţiilor negative);
- ***Căutare suportului din partea adulţilor*** (copiii ştiu că atunci când se lovesc pot merge la mama care îi va lua în braţe şi îi va linişti; cer ajutorul adulţilor atunci când nu pot rezolva o problemă);
- ***Distanţarea*** (aceasta este o strategie mai dificilă pe care copiii nu sunt capabili să o aplice singuri, fiind nevoie de implicarea adultului); este o strategie mentală prin care copiii identifică argumente raţionale în scopul justificării unui comportament. Aceste argumente raţionale îi vor face să se distanţeze emoţional de respectiva situaţie. Un exemplu de astfel de strategie este fabula lui Lev Tolstoi "Vulpea şi strugurii".
- ***Internalizarea***: este o strategie prin care copiii se învinovăţesc pentru apariţia evenimentului supărător; ex.: "Eu am spart vaza!".

- ***Externalizare***: copilul consideră că responsabil pentru mizeria din cameră este altcineva sau altceva;
- ***Distragerea atenţiei de la sursa de stres***: Ioana se joacă cu Adela, dar la un moment dat Adela ia toate jucăriile şi se joacă doar ea cu ele; Ioana, în loc să se înfurie, renunţă să se mai joace cu Adela şi merge să se joace cu Roxana;
- ***Reformularea/ redefinirea situaţiei***: "Şi ce dacă ai terminat concursul de maşini al doilea? Ai învăţat ce înseamnă o competiţie".

Strategiile de reglare emoţională pot fi clasificate în trei tipuri de strategii: ***strategii de rezolvare a problemelor, strategii emoţionale şi strategii cognitive***.

Strategiile de rezolvare a problemelor presupun găsirea de soluţii la problemele cu care se confruntă o persoană şi care îi provoacă emoţii negative, precum şi aplicarea soluţiei optime.

Un exemplu de strategie de rezolvare a problemelor presupune responsabilizarea copiilor; de exemplu, atunci când copilul sparge un pahar, se sperie de boacăna făcută şi pentru a rezolva problema, curăţarea cioburilor de pe jos, aduce mătura şi făraşul.

Distragerea atenţiei de la sursa de stres este un alt exemplu de rezolvare a problemelor. De exemplu, în timp ce se juca cu Andrei, Liliana a călcat pe maşinuţa lui cea nouă. Speriată, Liliana i-a arătat repede lui Andrei cealaltă cameră cu jucării şi i-a propus să meargă să se joace acolo. Astfel, Liliana a încercat să rezolve situaţia care l-a supărat pe Andrei prin distragerea atenţiei acestuia de la maşinuţa lui cea nouă.

Strategiile emoţionale au ca scop nu atât rezolvarea problemei care declanşează emoţia supărătoare, cât mai ales ameliorarea acestei trăiri emoţionale negative. În cazul în care problema nu poate fi rezolvată, fie pentru că nu există soluţii aplicabile, fie pentru că persoana implicată nu are resursele sau instrumentele necesare, sunt eficiente strategiile emoţionale. De exemplu, copiii de până la un an nu pot să rezolve situaţiile de viaţă, nu pot interveni în mediul înconjurător pentru a face anumite modificări care să înlăture emoţiile negative. În acest caz, emoţiile negative ale copiilor sunt înlăturate de către adulţi prin mângâieri, acordarea atenţiei, luarea în braţe, etc. Aceste comportamente afective realizate de adulţi, anulează emoţia negativă (tristeţea sau furia) şi o înlocuiesc cu una pozitivă (starea de calm, de relaxare). De asemenea, când plâng sau sunt furioşi, copiii pot apela la adulţi pentru liniştire, în acest caz utilizând ca strategie de reglare emoţională căutarea ajutorului din partea adulţilor.

Alt exemplu de strategie emoţională prin care se modifică emoţia negativă şi nu problema care a contribuit la declanşarea ei se referă la implicarea copiilor în activităţi recreative sau activităţi preferate. În situaţia în care copiii sunt supăraţi, ei pot merge împreună cu adulţii la sport (înot, baschet, călărit, tenis), se pot juca pe calculator sau se pot uita la desenele lor preferate.

O altă strategie de reglare emoţională este angajarea în activităţi domestice. Copiii învăţă de la adulţi că atunci când sunt supăraţi, pot face curat în casă, pot aranja hainele în dulap, pot aranja jucăriile în cutii sau pe rafturi, etc.

Cercetările indică faptul că în jurul vârstei de 3 ani copiii încep să aprecieze muzica. Această preferinţă a copiilor pentru muzică poate fi exploatată ca “instrument” în reglarea emoţională. Copiilor trişti li se poate pune muzică ritmată, celor furioşi muzică clasică sau lentă, iar celor agitaţi sau hiperactivi muzică lentă.

De asemenea cercetările indică faptul că nu se recomandă folosirea mâncatului ca strategie de rezolvare a emoţiilor negative, deoarece aceasta prezintă un factor de risc pentru dezvoltarea ulterioară a tulburărilor de alimentaţie (anorexie, bulimie). Dacă un copil va fi învăţat că mâncarea e o recompensă, ulterior, în situaţii intense de stres, el va apela la mâncare pentru neutralizarea emoţiilor trăite.

Sumarizând, putem afirma că diferenţa dintre cele două tipuri de strategii de reglare emoţională prezentate, rezolvarea problemei şi strategiile emoţionale, constă în rolul comportamentelor de reglare emoţională. În cadrul primei categorii de strategii, rolul comportamentelor este de a rezolva problema, deoarece prin eliminarea acesteia, va dispărea şi emoţia negativă declanşată. În cea de-a doua categorie de strategii (strategiile emoţionale), rolul comportamentelor este de a modifica emoţia negativă fără a se încerca schimbarea situaţiei.

Strategiile cognitive reprezintă metode de neutralizare a emoţiilor negative prin evaluarea cognitivă a situaţiei dintr-o altă perspectivă. Situaţiile ce contribuie la declanşarea emoţiilor negative şi care nu pot fi rezolvate comportamental, pot fi evaluate sau interpretate diferit.

Astfel, un copil de 3 ani şi 7 luni, căruia îi este frică de apă, poate justifica refuzul de a intra în apă prin faptul că “i se udă slipul” – această strategie se numeşte ***raţionalizare*** şi implică oferirea de argumente raţionale pentru anularea emoţiilor, în cazul de faţă frica.

Copiii cărora le este frică de injecţii, îşi pot spune că “nu poate să doară aşa de tare” – strategia se numeşte *minimizare*, şi presupune micşorarea efectului sau impactul evenimentului neplăcut.

În situaţii de competiţie (de exemplu o competiţie sportivă), copilul poate fi învăţat de adulţi să redefinească o situaţie în care s-a aflat “pe locul doi”, spunându-şi de exemplu că, deşi s-a clasat doar pe locul doi, a fost singurul care nu a trişat în timpul cursei sau că a fost primul dintre copiii de aceeaşi vârstă cu el care au participat la concurs. De asemenea,educatoarea îi poate spune unui copil care la serbarea de sfârşit de an a încurcat un vers din poezie, că a avut o intonaţie frumoasă, sau îi poate lăuda prezenţa de spirit şi continuarea “cu mult curaj” a poeziei.

Aceste strategii presupun insistarea şi scoaterea în evidenţă a altor aspecte decât cele care declanşează emoţii negative.

Strategiile de reglare emoţională prezentate mai sus, se dezvoltă prin ghidarea directă a copiilor de către adulţi. Adulţii îi ajută pe copii să facă faţă situaţiilor supărătoare, arătându-le diverse modalităţi de reglare emoţională şi verbalizând în permanenţă modul de aplicare a acestora, pentru ca ulterior copiii să le interiorizeze şi să le aplice spontan, în funcţie de situaţia întâlnită. Copiii au nevoie de ghidare în alegerea şi aplicarea strategiilor de reglare emoţională, deoarece abia la vârsta de 3-4 ani încep să îşi dezvolte capacitatea de autocontrol necesară pentru aplicarea acestora. De aceea copiii au nevoie de controlul extern al comportamentului lor (ex. indicaţiile adulţilor).

Cum își dezvoltă copiii abilitățile de reglare emoțională?

Părinţii sprijină dezvoltarea abilităţilor emoţionale ale copiilor prin trei modalităţi:

- **Reacţiile pe care le au la emoţiile exprimate de copii.** Modul în care părinţii reacţionează la exprimarea emoţională a copiilor lor determină încurajarea sau inhibarea exprimării emoţiilor viitoare ale acestora.
- **Modul în care părinţii îşi exprimă propriile emoţii**. Expresivitatea emoţională a părinţilor devine un model pentru copii. Exprimarea adecvată a emoţiilor negative de către părinte reprezintă pentru copil un model de a reacţiona la o situaţie dificilă. De cele mai multe ori, adulţii se tem să exprime emoţii negative deoarece consideră că este un semn de slăbiciune sau că acest gest nu este acceptat social.
- **Discuţiile despre emoţii**. Experimentarea unor situaţii emoţionale diferite şi discuţiile cu părinţii ajută copiii în înţelegerea situaţiilor emoţionale şi în reacţionarea adecvată în astfel de situaţii. Modul în care părinţii discută problemele legate de emoţii poate transmite sprijinul şi acceptarea lor şi poate contribui la conştientizarea de către copil a diferitelor stări emoţionale pe care le experimentează.

Copiii crescuţi de părinţii care promovează discuţiile despre experienţele emoţionale îşi vor comunica propriile emoţii şi vor manifesta o mai bună înţelegere a emoţiilor celorlalţi.

Copiii crescuţi de părinţi cred că emoţiile, în special cele negative, nu trebuie discutate deschis, pot induce copiilor ideea ca emoţiile nu trebuie exprimate, ceea ce afecteaza capacitatea de reglare emotională şi sănătatea emoţională a acestora.

Atitudinea părintelui faţă de emoţiile copilului şi cele personale este motivată de un mod specific de gândire.

Exemplu: un copil se plânge că nu poate să facă ceva;

Mesaj de validare emoţională:

- *„Pare să-ţi fie dificil/ observ că eşti supărat. Ce ai putea să faci pentru a te simţi altfel?”.*

Ce învaţă copilul prin validarea emoţională?

- că emoţiile noastre sunt normale şi fireşti şi că ne ajută să ne adaptăm mediului.
- că a trăi o anumită emoţie nu înseamnă că suntem „răi” sau că „avem probleme”.
- să exprime emoţiile fără să îi fie ruşine sau fără să se simtă vinovat.

Mesaj de invalidare emoţională:

- *„Uită-te la el, plânge ca un bebeluş.”*
- *„Nu mai plânge, nu ai nici un motiv, dacă vrei să plângi îţi dau eu imediat un motiv.”*
- *„Ce eşti fetiţă? băieţii nu plâng!”*
- *„Nu eşti bun de nimic!”*
- *„Eşti atât de sensibil!”*
- *„Nimic nu te mulţumeşte niciodată.”*
- *„Mă faci de ruşine.”*

Ce învaţă copilul prin invalidarea emoţională?

Invalidarea emoţională generează risc pentru dezvoltare diverselor probleme emoţionale (anxietate, depresie; tulburări de comportament) deoarece favorizează apariţia unor convingeri nesănătoase, de tipul:

- „Nimănui nu-i pasă de cum mă simt cu adevărat!”
- „Nimeni nu trebuie să afle cum mă simt eu cu adevărat!”
- „Dacă te simţi aşa înseamnă că eşti rău sau ai o problemă!”

Invalidarea emoţională se manifestă atunci când ignorăm, minimalizăm emoţia copilului sau îi spunem noi cum ar trebui să se simtă. Deoarece de fiecare dată emoţiile noastre sunt corecte şi reale, unele dintre ele dor. Autoreglarea emoţională înseamnă să fii capabil să schimbi modul în care te simţi.

Convingeri de bază ale autoreglării emoționale

Autoreglarea emoţiilor este diferită de negarea sau evitarea emoţiei. Este nesănătos să negi emoţia de durere la pierderea cuiva sau să o transformi într-o emoţie de indiferenţă. Să schimbi modul în care te simţi înseamnă să trăieşti o nouă emoţie, diferită.

Următoarele convingeri au rolul de oferi sprijin în efortul de management al propriilor emoţii. Se poate reveni la această listă dacă observăm că emoţia noastră creşte în intensitate indiferent de ceea ce facem şi ne este greu să o trăim.

1. Emoţiile au un scop. Te ajută să reacţionezi rapid, să te protejezi, să înveţi şi adaugă culoare şi energie vieţii de zi cu zi.
2. Pentru a putea să servească scopurilor pentru care ele au fost create şi puse în viaţa oamenilor, emoţiile trebuie trăite pe deplin şi acceptate.
3. Evitarea emoţiilor are efecte paradoxale: cu cât încerci mai mult să eviţi emoţiile sau să evadezi din ele, cu atât mai intense şi de neoprit vor deveni.
4. Emoţiile sunt întotdeauna autentice şi corecte. Ceea ce faci cu ele sau modul în care reacţionezi la ele (cum te gândeşti/ ce gândeşti despre ele/ cum te comporţi datorită lor) este dureros sau disfuncţional.
5. Emoţiile nu sunt valori. Ele sunt ca şi pipăitul, gustul, mirosul, văzul – un mod prin care cunoaştem şi experimentăm lumea.
6. Întâi, trebuie să trăieşti emoţia, „să stai în ea”, să accepţi prezenţa ei şi modul în care ea se exprimă, înainte de a trece la o altă emoţie. Întâi trebuie să „fii aici”, pentru ca apoi să „fii acolo”.
7. Emoţiile sunt diferite de acţiuni sau de comportamente. De exemplu, dacă te simţi furios, asta nu înseamnă cu necesitate că vei lovi pe cineva. A avea o emoţie nu înseamnă cu necesitate că ea va conduce la o anumită acţiune.
8. Tu eşti diferit/ă de emoţiile tale. Ceea ce simţi este doar un aspect (important) a ceea ce eşti. Identitatea ta, cine eşti tu, nu este acelaşi lucru cu ceea ce simţi, cu emoţiile tale.
9. Când intensitatea emoţiilor este mare (inima bate puternic, respiraţie întretăiată, nod în gât, nod în stomac, gândul că trebuie să faci imediat ceva pentru a schimba ce se întâmplă etc.), emoţiile sunt în cea mai mică măsură „capabile” să îţi dea un „sfat înţelept” şi util legat de ceea ce este de făcut (cu excepţia situaţiilor în care eşti ameninţat/ă fizic direct de un pericol identificabil).
10. Autoreglarea emoţională necesită exerciţiu şi răbdare. Dacă autoreglarea emoţiilor ar fi fost un lucru uşor, cu siguranţă am fi învăţat şi am fi ştiut cu toţii să îl facem până acum. Ca toate lucrurile importante şi utile, este nevoie de efort şi perseverenţă pentru a obţine efecte durabile.

Instrument de recunoaștere și descriere a emoțiilor

Numeşte emoţia şi identifică modul în care ea se exprimă: unde şi cum o simţi în corpul tău (modificarea respiraţiei, a bătăilor inimii, temperatură, transpiraţie, flux sangvin etc.), ce gânduri însoţesc emoţia, ce anume din mediu a crescut probabilitatea apariţiei emoţiei sau a intensificat-o (context declanşator), comportamentele prin care se exprimă emoţia (ce faci), ce se întâmplă după aceea (ce consecinţe are emoţia).

Identifică emoţia; numeşte-o

Cum se exprimă emoţia la nivelul corpului

Gânduri despre emoţie

Context declanşator

Comportamente

Ce se întâmplă după

Recomandări pentru menţinerea sănătăţii emoţionale

Sănătatea emoţională este rezultatul unui set de abilităţi sau competenţe emoţionale dobândite prin învăţare pe parcursul vieţii. Să fii sănătos emoţional înseamnă să fii autonom, să ai abilitatea de a face faţă la situaţiile cotidiene de stres, să recunoşti şi să exprimi emoţiile, să interacţionezi eficient cu ceilalţi, să fii autoeficient.

Pentru optimizarea şi menţinerea sănătăţii tale emoţionale poţi să exersezi şi să acorzi atenţie, în fiecare zi, emoţiilor.

- **Identifică emoţiile în propriile manifestări fiziologice, dispoziţii şi gânduri.**
- **Identifică emoţiile prezente la alţi oameni.**
- **Dă nume emoţiilor şi recunoaşte varietatea trăirilor emoţionale.**
- **Exprimă-ţi adecvat emoţiile şi nevoile tale generate de emoţii.**
- **Recunoşte diferenţele individuale în exprimarea aceleiaşi emoţii.**
- **Recunoaşte diferenţa între emoţiile oamenilor aflaţi în aceeaşi situaţie.** Dacă emoţiile ar fi detereminate de stimuli externi, atunci toţi oamenii în aceeaşi situaţie, ar avea aceeaşi emoţie.
- **Numeşte cauzele emoţiilor.** De exemplu, "Sunt nemulţumit că iubita nu-mi zâmbeşte când ne întâlnim!", nu reprezintă cauza reală a emoţiei pentru că nu toată lumea este nemulţumită într-o astfel de situaţie. Cauza reală este faptul că persoana şi-ar dori foarte mult ca iubita să-i zâmbească atunci când se întâlnesc, iar acest lucru nu se întâmplă. Numirea adecvată a cauzelor emoţiilor ar fi "Sunt nemulţumit atunci când iubita nu-mi zâmbeşte, pentru că mi-aş dori foarte mult ca ea să-mi zâmbească atunci când ne întalnim!";
- **Acceptă experienţa atât a emoţiilor plăcute, cât şi a celor neplăcute.**
- **Identifică schimbarea opiniei şi a punctelor de vedere a unei persoane o dată cu schimbarea trăirii emoţionale.**
- **Identifică rolul emoţiilor în orientarea atenţiei spre diferite acitivităţi sau stimuli.**
- **Acceptă trecerea de la o emoţie la alta.**
- **Implică-te în dezvoltarea propriilor emoţii care sunt stenice şi îţi oferă beneficii.**

Modul în care părinţii înţeleg rolul emoţiilor în viaţa lor şi a copiilor lor influenţează foarte puternic reacţiile lor emoţionale şi în principal modul în care ei reacţionează la emoţiile copilului.

Modul în care părinţii interpretează trăirile lor emoţionale şi reacţiile fizice care însoţesc emoţiile influenţează modul în care ei se raportează atât la emoţiile personale cât şi la cele ale copiilor lor. Interpretarea catastrofică a emoţiilor şi reacţiilor care însoţesc emoţiile conduc la patologizarea lor“ ceva rău mi se întâmplă, este ceva în neregulă cu mine, nu ar trebui să mă simt aşa“ ceea ce conduce inevitabil la negarea emoţiilor şi a rolului pe care acestea îl au în viaţa noastră. Copiii învaţă astfel că emoţiile sunt periculoase şi nu trebuie să se discute despre ele.

Vina, ruşinea, jena de a trăi anumite emoţii se leagă de credinţa că o persoană nu ar trebui să simtă unele emoţii.

Părinţii care au astfel de credinţe „este în neregulă dacă mă simt aşa, mi-e ruşine de modul în care mă simt, nu vreau ca ceilalţi să ştie modul real în care mă simt” maschează adevărate emoţii şi oferă copiilor o imagine falsă asupra modului în care se simt. Copiii învăţă astfel să le fie ruşine de modul în care se simt şi să disimuleze diverse stări emoţionale ceea ce reprezintă un factor de risc pentru sănătatea lor emoţională deoarece vor învăţa să-şi suprime adevăratele emoţii sau să-şi distragă atenţia de la ele.

Credinţa că emoţiile negative sunt incontrolabile

„Dacă mă las să simt aceste lucruri mi-e teamă că voi pierde controlul, mi-e teamă că nu voi reuşi să îmi controlez emoţiile, mi-e teamă că dacă am aceste emoţii voi ajunge să înebunesc”. Părinţii care au aceste credinţe sunt mult mai tentaţi să evite şi să nege rolul funcţional al emoţiilor.

Supremaţia raţionalului - supraestimarea raţiunii şi logicii „trebuie să fim raţionali, să nu ne lăsăm duşi de val”

„Este important pentru mine să fiu rezonabil şi practic decât sensibil şi deschis faţă de emoţiile mele”-o astfel de convingere inhibă exprimarea emoţională, validarea, acceptarea, înţelegerea propriilor emoţii care urmează trăirii diverselor experienţe emoţionale. Studiile arată că aceste convingeri care pun accent pe raţiune şi subestimează rolul emoţiilor se leagă direct de dezvoltarea tulburărilor de anxietate şi depresie şi prezintă un risc mare pentru bolile cardiovasculare, cancer, astm. Grossarth-Maticek, Bastiaans, et al., 1985; Grossarth-Maticek, Kanazir, et al., 1985; Schwartz, 1995). Părinţii care au astfel de convingeri riscă să ignore nevoile emoţionale ale copilului lor, nevoia de validare emoţională şi de exprimare a afecţiunii faţă de copil.

Acceptarea propriilor emoţii. Părinţii care-şi acceptă propriile emoţii manifestă într-o mică măsură tendinţa de a le inhiba.

Ruminaţia ca strategie de reglare emoţională. Părinţii care rumineaz ă cred că astfel ei se pregătesc pentru a face faţă la ce e mai rău şi vor găsi o

soluţie la problemele cu care se confruntă (Wells, 1995). În realitate, ruminaţia reflectă o lipsă a acceptării propriilor emoţii şi este un factor de risc pentru dezvoltarea tulburărilor emoţionale (anxietate, depresie). Itemi care pun în evidenţă uţilizarea ruminaţiei:

"Când mă simt la pământ, stau singur şi mă gândesc mult la cât de rău mă simt. Adesea îmi spun – ce este în neregulă cu mine? Mă centrez foarte mult pe emoţiile mele şi pe senzaţiile fizice pe care le am"

Copiii pot învăţa de la părinţi să folosească ruminaţia ca strategie pasivă de reglare emoţională.

Recomandări pentru părinţi

Validaţi emoţiile copilului.

Exprimaţi adecvat emoţiile negative oferindu-i copilului modele adecvate de gestionare a lor.

Folosiţi momentele în care copilul trăieşte o emoţie negativă ca pe un context de învăţare şi exersare a abilităţilor de reglare emoţională.

Evitaţi să răspundeţi cu o emoţie negativă la emoţia negativă a copiilor. Copiii ca şi adulţii au aceleaşi emoţii, dar mai puţine resurse de a le face faţă corespunzător.

Încurajaţi copiii, oferind întăriri pozitive ori de câte ori aceştia au făcut faţă unei situaţii frustrante, precizându-le exact ceea ce au făcut.

„Maria, am observat că îi spui Ioanei ori de câte ori doreşti să fii lăsată singură. Bravo ţie! ”

Încurajarea şi întărirea unor comportamente adecvate promovează realizarea a cât mai multe comportamente pozitive de către copii.

Implicaţi copiii în activităţi artistice (pictură, colorat).

Verificaţi ceea ce pictează sau colorează copiii şi întrebaţi-i ce anume fac. Dacă încep să vă descrie un eveniment, un vis sau o emoţie simţită, ascultaţi-i cu atenţie şi oferiţi-le feedback prin utilizarea unor cuvinte precum "îhî", "înţeleg" sau "şi apoi?". Oferiţi copiilor oportunitatea să vă spună ceea ce simt sau gândesc fără a le pune prea multe întrebări.

Cu copiii care sunt frustraţi, furioşi sau iritabili trebuie să se lucreze pentru exprimarea atât verbală, cât şi nonverbală a emoţiilor trăite de ei.

Ajutaţi copiii să găsească soluţii prin care să se liniştească atunci când sunt furioşi

Copiii pot fi învăţaţi prin ghidaj şi modelare să îşi controleze stările de furie. Deci aceştia îşi pot controla stările de furie prin apelarea la ajutorul unui adult, dar şi prin îndepărtarea de sursa care le provoacă furia.

CAPITOLUL II

PSIHOEDUCAȚIA TULBURĂRILOR DE ANXIETATE LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

ANXIETATEA DE SEPARARE

II.1. Ce este și cum se manifestă anxietatea de separare?

Este normal uneori ca un copil să se simtă anxios sau nesigur atunci când este separat de părinţi sau de persoanele care îl ingrijesc. De cele mai multe ori însă anxietatea de separare dispare pe măsură ce copilul creşte şi devine încrezător. Dacă anxietatea de separare persistă şi după vârsta de cinci ani şi începe să-i afecteze viaţa (de exemplu, refuză să iasă din raza de vizibilitate a părinţilor), copilul poate avea o tulburare de anxietate de separare care se manifestă printr-o teamă exagerată când este sau se aşteaptă să fie în afara casei sau fără persoanele dragi lui (părinţii sau persoanele ce-l îngrijesc).

Simptomul central în anxietatea de separare este ***frica excesivă şi nerealistă de separare, simultan cu anticiparea unor consecinţe negative ale separării de figura principală de ataşament a copilului.***

Simptomele principale constau în **îngrijorări excesive** privind potenţiale vătămări ale propriei persoane (de exemplu, teama de a fi răpit) sau ale persoanei de referinţă (de exemplu, accident de maşină, boală), **coşmaruri** cu tematica separării precum şi **simptome somatice** (dureri de cap, vărsături, dureri abdominale). Copiii cu astfel de simptome **evită** situaţiile care duc la separarea de persoanele de referinţă sau de locul de siguranţă.

Comportamentele de evitare cele mai frecvente sunt: refuzul de a merge la grădiniţă/ şcoală, de a sta singur, de a dormi singur, de a se juca singur sau de a merge la petreceri sau evenimente sociale cu alţi copii în afara casei. Reacţiile copiilor la separarea de părinţi sau mediul sigur (casă) pot fi foarte intense: crize de plâns excesiv, rugăminţi, ţipăt, reacţii de furie intense, cu scopul de a evita situaţiile percepute ca fiind ameninţătoare.

Reacţia părinţilor de acceptare a evitării întăreşte răspunsul de anxietate de separare.

Cât de frecventă este anxietatea de separare?

Prevalenţa anxietăţii de separare este de 3% până la 13% pentru copii şi de 1.8% - 2,4% în rândul adolescenţilor. 41% dintre copii manifestă însă preocupări privind separarea: 56% dintre aceştia au preocupări privind siguranţa personală şi posibilele accidente, 26% dintre ei manifestă teama de a fi singuri iar 51% simt frică de a dormi singuri.

Teama copilului de a fi sau de a dormi singur este prezentă şi în alte tulburări, cum ar fi tulburarea de atenţie cu hiperactivitate.

Care este vârsta de debut a anxietăţii de separare?

Anxietatea de separare debutează cel mai frecvent în perioada de vârstă 7-12 ani, cu o scădere semnificativă în perioada adolescenţei. Totuşi, anxietatea de separare este o problemă care poate să re-apară pe tot parcursul vieţii.

Anxietatea de separare apare mai degrabă la fete sau la băieţi?

În general, anxietatea de separare pare a fi mai frecventă la fete comparativ cu băieţii, însă băieţii sunt mai repede identificaţi datorită faptului că simptomele anxietăţii de separare, cum ar fi teama de a sta singur, sunt indezirabile social pentru băieţi, ceea ce îi face pe părinţi să solicite ajutor medical mai rapid.

Copilul cu anxietate de separare poate avea şi altă problemă de sănătate mentală?

79% dintre copiii cu anxietate de separare mai au cel puţin o altă tulburare de sănătate mintală, cele mai frecevente fiind anxietatea generalizată, refuzul şcolar şi tulburările de învăţare.

1/3 dintre copiii cu anxietate de separare manifestă şi anxietate generalizată, îngrijorarea şi simptomele somatice fiind prezente în ambele tulburări.

Anxietatea de separare apare în 24%-34% din cazurile de tulburare obsesiv-compulsivă (OCD). Copilul cu anxietate de separare şi OCD evită să fie singur datorită preocupărilor privind posibilele vătămări personale sau ale celorlaţi. OCD-ul este asociat cu nevoia excesivă de neutralizare a anxietăţii prin comportamente compulsive; anxietatea de separare este asociată cu nevoia de comportamente de siguranţă (ex. obiecte sau persoane de siguranţă).

Un studiu asupra atacului de panică la copii a arătat o comorbiditate de până la 73% cu anxietatea de separare. Atacurile de panică la copiii mai mici de 12 ani sunt asociate cu simptome fizice (dureri abdominale, hiperventilaţie) şi mai puţin cu manifestări cognitive ale anxietăţii, cum ar fi teama de moarte sau de pierdere a controlului. Separarea care determină atacuri de panică tinde să fie asociată cu teama de abandon sau de îmbolnăvire.

Anxietatea de separare apare şi în anxietatea socială, fobiile specifice şi stresul posttraumatic.

În mod frecvent, ***anxietatea de separare este comorbidă cu depresia***, 1/3 dintre copiii cu depresie manifestând şi anxietate de separare.

De asemenea, ***refuzul şcolar este foarte frecvent asociat cu anxietatea de separare***, 75% din copiii cu anxietate de separare au şi comportamente de refuz şcolar.

Anxietatea de separare este comorbidă cu tulburările de învăţare şi cu cele de comportament. 16% dintre copiii cu ADHD manifestă şi anxietate de separare şi similar, 16% dintre copiii cu tulburarea de opoziţie manifestă şi anxietate de separare.

Teama de a fi singur şi teama de abandon – simptome cheie în anxietatea de separare

Teama de a fi singur apare pe tot parcursul vieţii, în timp ce teama de abandon este mai frecventă în copilărie. Apar frecvent:

- teama de a fi singur;
- teama de abandon;
- teama de boală/ îmbolnăvire;
- îngrijorare privind consecinţele negative ale unor evenimente;

Teama a fi singur vs teama de a fi abandonat și contextele de evitare

Teama de a fi singur – contexte în care apare	**Teama de a fi abandonat** – contexte în care apare
▪ Cameră ▪ Baie ▪ Bucătărie ▪ Scări ▪ Beci ▪ Dormitor ▪ Pod	▪ Şcoală ▪ Maşină ▪ Locul de joacă ▪ Activităţile extraşcolare ▪ A sta cu un străin (ex. bona) ▪ Petreceri ▪ A dormi în altă parte

Teama de a fi singur apare în diverse contexte ale casei, chiar dacă părintele este prezent în casă dar nu este prezent în spaţiul fizic în care se află copilul; practic este vorba de teama de a sta singur într-o altă cameră decât cea în care se află adultul.

Refuzul de a dormi singur este cel mai frecvent simptom. Teama este asociată şi cu rutina de adormire, baia şi spălatul pe dinţi, pregătirea pentru somn devenind cea mai stresantă activitate din zi pentru întreaga familie.

În prezenţa familiei, percepţia controlului este intactă şi nu apar manifestări de anxietate.

Teama de abandon apare în contextele în care nu este prezent adultul, cum ar fi şcoala, activităţile extraşcolare, petrecerile sau dormitul în altă parte. Izolarea socială devine o consecinţă a comportamentelor de evitare, întărite de către părinte. Acasă, teama de abandon se manifestă dacă copilul este lăsat în grija unei alte persoane, când părintele, de pildă, pleacă în delegaţie.

Teama de boală/ îmbolnăvire şi reacţiile somatice la separare sunt foarte frecvente la copii. Simptomele somatice apar ca răspuns la anticiparea separării şi scad când părintele revine în preajma copilului. Uneori, simptomele somatice au ca funcţie atragerea atenţiei şi amânarea separării. Teama de îmbolnăvire este asociată cu senzitivitatea pentru anxietate şi frica de consecinţele senzaţiilor fizice (ex. pierderea controlului). Reacţiile somatice activate de anticipararea separării de părinte, de teama a fi singur sau abandonat, determină reacţii de anxietate şi activează comportamentele de siguranţă (nevoia de proximitate fizică cu părintele sau persoana de referinţă) sau dependenţa de semnalele de siguranţă. Prezenţa simptomelor fizice, indiferent de funcţia lor, scade sentimentul de control şi creşte frica de separare.

Îngrijorările privind consecinţele negative ale unor evenimente reprezintă de asemenea simptom în anxietatea de separare.

Îngrijorările cele mai frecvente privesc: vătămarea personală (de exemplu, a fi răpit, omorât sau abandonat) sau a celorlalţi (de exemplu, moarte, accidente grave).

Comportamentele de siguranţă reprezintă mijloace de câştigare a controlului personal în situaţii ameninţătoare

Aceste comportamente îl ajută pe copil să se simtă în siguranţă în contexte percepute de el ca fiind provocatoare de anxietate. Comportamentele de siguranţă au o funcţie utilă şi pot fi considerate adecvate din punct de vedere al dezvoltarii, însă utilizate excesiv menţin anxietatea de separare.

Cele mai frecvente comportamente de siguranță ale copiilor:

Persoane/animale	Locuri	Obiecte	Acţiuni
Adultul de referinţă/părintele; Rude; Sora/fratele; Animalul preferat; Cel mai bun prieten; Profesor;	Casa; Casa rudelor; Casa celui mai bun prieten; Camera părinţilor; Camera fraţilor; Locurile familiare	Lumina de noapte; „Păturica” de somn; Jucăria specială; Cartea specială; Alimente/băuturi;	Sun/chem părintele; Cer promisiuni specifice; Îl urmez peste tot pe părinte, ca o „umbră”; Dorm cu cineva apropiat; Stau cu profesorul; Mă implic în activităţi favorite

Dezvoltarea anxietăţii de separare – Cum şi de ce apare?

Teama de separare este o reacţie normală care apare de la vârsta de **4 luni şi are un vârf la 13-18 luni;** se manifestă prin plâns la separarea de adult. Teama/ frica de străini este o reacţie diferită ce apare în jurul vârstei de 7 luni şi se manifestă prin plâns, frică, comportamente de evadare; are un vârf în jurul vârstei de 12 luni.

Diferenţa dintre cele două este că teama de separare reprezintă o formă de protest, în timp de anxietatea de străini este mai degrabă o reacţie de frică. Aceste reacţii apar frecvent la copii, dar în jurul vârstei de 4-5 ani se poate pune un diagnostic clinic de anxietate de separare. Teama de separare poate persista cu intensitate scăzută sau moderată până la vârsta de 7-8 ani după care dispare.

Fricile cu o durată mai mică de o lună şi un impact redus asupra funcţionării copilului fac parte din dezvoltarea lui firească.

Ataşamentul insecurizant-ambivalent sau rezistent (anxios) reprezintă un factor de risc pentru dezvoltarea anxietăţii se separare.

O relaţie securizantă mamă-copil, ce implică senzitivitate (atenţia mamei faţă de nevoile emoţionale ale copilului), atitudine pozitivă, suport, stimulare, reprezintă un factor de protecţie pentru dezvoltarea copilului. Ataşamentul insecurizant-ambivalent sau cel anxios al adultului faţă de copil reprezintă un factor de risc pentru dezvoltarea anxietăţii de separare. ***În anxietatea de separare, vulnerabilitatea psihologică este determinată de modul de interacţiune părinte-copil în care copilul învaţă faptul că mediul/lumea este impredictibilă şi incontrolabilă.***

Caracteristicile temperamentului copilului, un indicator al riscului de anxietate de separare.

Temperamentul vizează modul în care copilul reacţionează la stimuli şi situaţii noi. Dimensiunile temperamentului sunt: nivelul de activitate, ritmicitatea, apropiere-retragere, adaptabilitate, intensitate, timp de reacţie, dispoziţia afectivă, distractibilitatea şi persistenţa atenţiei.

Există astfel mai multe patternuri de temperament: temperamentul uşor, cel dificil şi cel „greu de urnit”.

Temperamentul „uşor” se caracterizează prin adaptabilitate crescută şi se manifestă la aproximativ 60% dintre copii. Temperamentul „dificil” şi cel „greu de urnit” se caracterizează prin reactivitate negativă şi se manifestă la 15%-23% dintre copii. Temperamentul cu risc pentru anxietatea de separare se manifestă prin emoţionalitate negativă şi abilităţi scăzute de control atenţional şi emoţional (capacitatea scăzută de distragere a atenţiei de la stimulii ameninţători şi de autoreglare emoţională).

Inhibiţia comportamentală este un indicator relevant, mai ales în anxietatea de separare, şi se manifestă printr-o stare de frică, precauţie, iritabilitate, dependenţă de adult, retragere faţă de contextele/situaţiile străine, nefamiliare, căutarea siguranţei prin apropierea de persoanele de referinţă. Aproximativ 20% dintre copiii cu vârsta de 2 ani manifestă o inhibiţie comportamentală crescută.

Interacţiunea dintre **vulnerabilitatea biologică** a copilului, caracterizată prin inhibiţie comportamentală şi senzitivitate faţă de anxietate şi **vulnerabilitatea psihologică,** caracterizată prin experienţe de învăţare a impredictibilităţii şi lipsei de control, determină dezvoltarea anxietăţii de separare.

Evaluarea în anxietatea de separare

Evaluarea este un proces dinamic şi se realizează constant pe parcursul întregului proces terapeutic. Obiectivele evaluării vizează:

- anxietatea de separare;
- comportamentele problematice ale copilului;
- temperamentul copilului;
- ataşamentul;
- psihopatologia părintelui;
- contextul familial;

Specifici în anxietatea de separare sunt o serie de indicatori prezentaţi în tabelul de mai jos, care cresc vulnerabilitatea pentru anxietatea de separare:

- experienţe timpurii de situaţii cu dificultăţi de separare;
- istoric de anxietate în familie;
- situaţii de separare de părinte;
- un temperament cu risc de inhibiţie comportamentală crescută;

Informații relevante în evaluarea anxietății de separare:

Experienţe timpurii	Istoricul familiei	Evenimente adverse
▪ Reacţia faţă de străini; ▪ Reacţia faţă de contexte noi; ▪ Reacţia copilului la grădiniţă; ▪ „Timiditate”/ izolare, precauţie în comportament; ▪ Dificultatea de a dormi singur/ă;	▪ Tulburări emoţionale (în special de anxietate şi/sau depresie); ▪ Tulburare de anxietate de separare şi/sau panică; ▪ Inhibiţie comportamentală; ▪ Ataşament insecurizant; ▪ Tratament/medicaţie;	▪ Spitalizare; ▪ Pierderi în familie (deces); ▪ Separare/divorţ; ▪ Recăsătorire; ▪ Schimbarea locuinţei;

Anxietatea de separare se evaluează prin:
- interviul clinic cu părintele şi copilul,
- utilizarea unor instrumente specifice de evaluare (chestionare completate de către părinte),
- monitorizarea comportamentelor relaţionate cu separarea.

Itemii ţintă pentru evaluare sunt:
- frica de a rămâne singur,
- frica de abandon,
- teama de îmbolnăvire,
- îngrjirorările,
- comportamentele de siguranţă
- comportamentele de evitare.

Părintele observă şi notează situaţiile care provoacă anxietate, relaţionată cu separarea, comportamentele de evitare ale copilului şi comportamentele de siguranţă. Aceasta listă include de asemenea situaţiile care provoacă furie şi evitare.

Obiectivele principale ale consultaţiei de evaluare cu copilul sunt:
- construirea relaţiei terapeutice;
- normalizarea exprimării emoţionale (toţi avem momente în care ne este frică sau teamă);
- conştietizarea relaţiei dintre frică şi comportamentul de evitare;

Un alt indicator de evaluare este **reacţia părintelui la anxietatea de separare a copilului**, respectiv modul în care a gestionat părintele reacţiile copilului până în momentul consultaţiei. Reacţiile tipice sunt cele de:
- **hiperprotecţie**: îi permite copilului să evite contextele care provoacă anxietate;
- **reasigurare;**
- **coerciţie, ca metodă de a elimina comportamentele de siguranţă ale copilului (ex. când solicită promisiunea de a nu fi lăsat singur sau de a nu pleca mama de acasă, de a da telefoane, etc.) şi reacţiile lui emoţionale (ex. crizele de plâns, reacţiile de furie).**

Programul de intervenţie cognitiv-comportamentală

Programul de intervenţie cognitiv-comportamentală cuprinde:
- **Intervenţia adresată copilului**: controlul îngrijorărilor, exerciţii de relaxare, flexibilizarea cognitivă prin modificarea distorsiunilor cognitive, flexibilizarea convingerilor de perfecţionsim, modificarea atitudinii faţă de greşeală şi eşec, identificarea comportamentelor de asigurare şi reducerea lor, expunerea la situaţiile de separare, dezvoltarea abilităţilor de autoreglare emoţională, învăţarea relaţiei frică – evitare, frică – anxietate;

- **Intervenţia adresată părintelui**;

Intervenţia adresată copilului

Cum fac faţă îngrijorărilor? De ce se îngrijorează copiii?

Îngrijorarea este un proces cognitiv de anticipare a unor consecinţe negative în absenţa unor ameninţări reale. Percepţia adulţilor este că doar ei se îngrijorează; realitatea este însă că 70% dintre copiii din şcoala primară au cel puţin o îngrijorare. Sigur că un procent mult mai redus de copii – 5%, manifestă îngrijorarea de intensitate clinică, adică acea îngrijorare excesivă şi dificil de controlat. Capacitatea de a se îngrijora apare la copil în strânsă legătură cu dezvoltarea sa cognitivă, de obicei în jurul vârstei de 7-8 ani.

Îngrijorarea este percepută pozitiv ca o modalitate eficace de a face faţă anticipărilor negative. Copilul cu anxietate de separare devine prin îngrijorările legate de teama de a fi singur sau abandonat, hipervigilent şi „gata pentru orice". Astfel, ***îngrijorarea are funcţia de a reduce şi de a face faţă sentimentului de lipsă de control şi impredictibilitate.***

În realitate însă, îngrijorarea este o formă de evitare a confruntării cu sentimentul de teamă şi frică. Îngrijorarea este întărită negativ prin efectul de liniştire sau scădere a anxietăţii, ca urmare a evitării expunerii la situaţiile neplăcute, de separare.

Distorsiunile cognitive şi mecanismele de coping - Când copilul exagerează pericolul!

Tendinţa de a interpreta stimulii/situaţiile ambigue ca fiind ameninţătoare este caracteristică reacţiilor de anxietate. Catastrofizarea („ mă aştept la ce este mai rău") apare în mod frecvent ca reacţie la un stimul ambiguu, cum ar fi faptul că părintele întârzie; copilul poate să interpreteze întârzierea ca semn al unei catastrofe („ sigur a avut un accident de maşină").

Recunoaşterea anxietăţii de separare

Copiii sunt mai puţin conştienţi de gândurile şi emoţiile lor, ceea ce face dificilă recunoaşterea anxietăţii; la fel pentru copiii mai mari şi adolescenţi, evitarea cognitivă şi emoţională reprezintă o barieră în identificarea anxietăţii de separare.

O modalitate de recunoaştere a anxietăţii de separare este monitorizarea zilnică a îngrijorărilor şi comportamentelor de evitare sau/şi siguranţă.

Riscul perfecţionismului

Copiii cu anxietate de separare sunt în mod special vulnerabili la greşeală şi eşec. Flexibilizarea standardelor de performanţă este principalul obiectiv prin care copilul învaţă să se adapteze diverselor contexte de performanţă.

Învăţarea unor metode de autocontrol

Autocontrolul cognitiv este o metodă de reducere a gândurilor anxiogene şi creştere a flexibilităţii cognitive, prin învăţarea unor alternative sănătoase la gândurile ameninţătoare. Sunt recunoscute ca fiind foarte utile strategiile „FEAR" şi „STOP" din programul „Coping Cat" dezvoltat de Kendall.

Strategia FEAR	Strategia STOP
Frică: **(F**ear): frică şi senzaţii fizice cum ar fi dureri de cap, dureri abdominale, tremurături; **Aşteptări** (**E**xpectation): aşteptări negative – îngrijorări, gânduri negative despre sine, distorsiuni negative; **Acţiune** (**A**ction): acţiuni şi atitudini – rezolvarea de probleme; **Rezultat** (**R**esult): rezultate şi recompense;	**S**(care): **Spaimă** **T**(houghts): **Gânduri negative** **O**(ther thoughts): **Gânduri alternative** **P**(rize): **Premiu, recompensa**

„Nu te îngrijora! Totul o să fie bine!"

Acest mesaj des exprimat de către părinţi este unul de reasigurare, care linişteşte copilul pe termen scurt, dar menţine anxietatea pe termen lung. Mesajele de reasigurare nu identifică temerile copilului şi nu îl învaţă cum să facă faţă fricilor şi îngrijorărilor; în esenţă, mesajele de reasigurare nu reprezintă decât o formă de evitare. Ca şi alternativă, este mai eficace ca un copil să fie învăţat modalităţi de rezolvare a temerilor/ îngrijorărilor.

Un exemplu de tehnică cognitivă este utilizarea întrebării „*Care sunt dovezile?*", prin care copilul învaţă să identifice gândurile negative, de pericol şi ameninţare şi să aplice metode de coping cognitiv.

Intervenţia adresată părintelui

Obiectivul esenţial în intervenţia asupra anxietăţii de separare a copilului vizează conştientizarea şi înţelegerea anxietăţii de către mamă, simultan cu eliminarea învinovăţirii acesteia. Mesajul „Tu eşti de vină!" este incorect şi nu serveşte scopului terapiei. Este esenţial ca ambii părinţi să formuleze acelaşi set de reguli şi limite pentru a nu menţine anxietatea. În special în situaţii de divorţ apar probleme în formularea de limite din partea părintelui mai puţin implicat. Primele sesiuni în terapie vor clarifica convingerile despre anxietatea de separare şi vor oferi informaţii corecte despre cauzele, factorii de menţinere şi procedurile de tratament.

Informaţii despre frică şi despre anxietatea de separare:

Frica este o emoţie normală şi foarte frecventă în rândul copiilor:

- 90% dintre copiii cu vârste între 2 şi 14 ani manifestă cel puţin o frică de intensitate moderată sau intensă;
- 40% dintre copiii cu vârste între 6 şi 12 ani manifestă cel puţin 7 sau mai multe frici;
- Teama de separare este o reacţie normală de dezvoltare;
- 40% dintre copii manifestă teama de separare;
- Debutul anxietăţii de separare este în jurul vârstei de 6-8 ani;

Părinţii vor primi informaţii corecte despre anxietate de separare pe următoarele componente:

- **Manifestarea anxietăţii de separare**:
  - identificarea reacţiilor somatice în contexte specifice de separare (ex.: înainte de şcoală sau în vacanţă la bunici);
  - identificarea comportamentelor de evitare (ex.: refuzul de a merge la o petrecere sau de a participa la un program extraşcolar) asociate cu frica de a fi singur sau frica de abandon;
  - identificarea comportamentelor de siguranţă ale copilului (ex. nevoia ca mama să stea cu copilul în timpul activităţilor extraşcolare sau să vină să o/îl ia la o oră fixă);
  - reducerea comportametelor de siguranţă va duce la o creştere a anxietăţii de separare pe temen scurt/mediu; părinţii trebuie să se aştepte ca la începutul terapiei anxietatea să crească odată ce sunt reduse comportamentele de siguranţă şi o dată ce copilul se expune la situaţiile de separare;
- **Impactul anxietăţii de separare**: consecinţele anxietăţii trebuie evaluate în termeni de frecvenţă şi intensitate şi în termeni de interferenţă cu funcţionarea în câteva sfere relevante (şcoală, casă, relaţia cu colegii-prietenii); ea poate fi limitată doar la un context sau situaţie. Intensitatea reacţiei este un bun indicator de măsură a stresului determinat de anxietate.
- **Cauzele anxietăţii de separare**: anxietatea de separare este rezultatul vulnerabilităţii biologice (ex. temperament, senzitivitatea pentru anxietate) şi psihologice (ex. ataşamentul, percepţia controlului); aceste tendinţe, de a răspunde anxios, de a se îngrijora, de a fi hipersenzitiv la senzaţii fizice, de a fi excesiv de precaut, sunt şi au fost prezente tot timpul; depinde de părinte când şi cum le observă, în funcţie de propria senzitivitatea la reacţiile comportamentale ale copilului. Anxietatea de separare NU poate fi explicată printr-o singură dimensiune. Anxietatea de separare poate fi eliminată dar senzitivitatea faţă de anxietate va rămâne într-o oarecare măsură prezentă. Încurajarea părinţilor să gândească în termeni de „gestionare" şi management al anxietăţii şi mai puţin în termeni de „vindecare" a anxietăţii este un pas important în intervenţie.

Părinţii vor fi sprijiniţi pentru a înţelege:

- **reacţiile comportamentale ale copilului**: adesea părinţii interpretează comportamentul copiilor ca fiind manipulativ, opoziţional sau hipersenzitiv şi reacţionează în conformitate cu aceste interpretări; obiectivul este de a-i face pe părinţi să înţeleagă ***natura neintenţionată*** a comportamentului copilului pentru a-l ajuta; faptul că uneori comportamentul copilului variază (ex. poate să stea singur când se

II.2. ANXIETATEA GENERALIZATĂ

Ce este și cum se manifestă anxietatea generalizată?

„M.I. este un băiat de 13 ani cu probleme de adormire și o stare fizică de „rău”, fără cauză medicală: dureri de cap, stare de greață și dureri de stomac. Părinții lui spun că este un băiat foarte „grijuliu”, care însă își face griji din orice și se gândește „numai la lucurile rele care se pot întâmpla” anticipând consecințe negative ale unor evenimente „sigur voi lua o notă proasă azi”. M se simte „rău” când trebuie să rămână singur acasă fără părinți și refuză să meargă în vacanță sau tabară cu copiii/colegii fără părinți, pentru că el spune că „o să mi se întâmple ceva rău. Se simte obosit mai tot timpul și nu se mai poate bucura de momentele de joacă cu alți copii. ”

Anxietatea generalizată este o tulburare de anxietate cu o prevalență de aproximativ **4% în rândul adolescenților,** cu o dezvoltare lentă și cronică. Este dificil să se determine vârsta de debut a tulburării, având în vedere caracteristicile îngrijorărilor. Este posibil ca debutul să fie în perioada **8 - 12 ani**, cu o frecvență mai mare la vârsta adolescenței.

Simptomul central în anxietatea generalizată este **îngrijorarea.** Îngrijorarea este un proces cognitiv normal, frecvent întâlnit în rândul copiilor, însă când devine intens și perceput ca de necontrolat reprezintă un indicator de anxietate generalizată. Copiii cu anxietate generalizată sunt percepuți ca niște „mici adulți”, tocmai datorită îngrijorărilor lor, percepute ca fiind specifice adulților.

Mulți dintre copiii care suferă de anxietate generalizată au și alte probleme de sănătate mentală: **anxietate socială, depresie, anxietate de separare, ADHD.**

Anxietatea generalizată este o tulburare care subiectiv este descrisă ca **sentiment de îngrijorare excesivă.** Cele mai frecvente simptome ale anxietății generalizate sunt:

- neliniște și tensiune;
- oboseală;
- dificultăți de concentrare;
- iritabilitate;
- tensiune musculară;
- tulburări de somn;

Cum recunoaștem un copil cu anxietate generalizată?

Sunt descriși ca "mici adulți", deoarece petrec ore îngrijorându-se în legătură cu problemele adulților (de exemplu, bugetul familiei sau medicația bunicii).

Sunt "perfecționiști" și în același timp nu foarte siguri de ei înșiși. Verifică excesiv o activitate pentru a fi siguri că este făcută perfect. De exemplu, scriu din nou tema, dacă a apărut o eroare mică sau dacă au tăiat ceva pe pagină.

Încearcă să reducă îngrijorările **prin diferite comportamente:**

- caută **asigurări** (roagă părintele să îi revadă tema sau să îl asculte de mai multe ori pentru a se convinge că totul este perfect);
- **verifică** (sună părinții de mai multe ori pentru a se asigura că sunt ok);
- **caută informații sau fac liste** (citesc fiecare carte pe o temă înainte de a face sarcina școlară sau înainte de a lua o decizie);
- **se retrag din grupuri** (o modalitate de a evita îngrijorările legate de relațiile sociale este de a evita să aibă prieteni apropiați: "Dacă prietenul meu se supără pe mine eu ce fac?");
- **evită sau amână** (evită să meargă la școală pentru că se îngrijorează că părinții vor păți ceva rău cât sunt ei plecați, amână să facă temele astfel încât să reducă timpul de îngrijorare dacă temele sunt bine făcute).

Anxietatea generalizată la copiii mici	Anxietatea generalizată la copiii mai mari și adolescenți
Îngrijorările sunt legate de aspecte mai concrete: "dacă iau o notă mică", "dacă mama și tata au un accident de mașină". Se plâng în special de simptome fizice ca urmare a anxietății, și nu de îngrijorări: tensiune musculară, probleme de somn, dureri de stomac, dureri de cap.	Îngrijorările devin mai abstracte o dată cu vârsta și sunt clar orientate spre viitor (oare criza financiară va afecta sănătatea familiei mele?). Se plâng de îngrijorările lor, nu doar de simptomele fizice.

Simptomele fizice ale copiilor și adolescenților cu anxietate generalizată:

Ca urmare a îngrijorărilor și a stării de anxietate, copiii trăiesc multe simptome fizice asociate:

- neastâmpăr, agitație, incapacitatea de a sta într-un loc;
- iritabilitate, se supără ușor, lovesc alți copii, au episoade frecvente de tantrum (furie);
- probleme de somn: dificultatea de a adormi sau de a rămâne adormiți (se trezesc de câteva ori pe noapte);
- dificultatea de a fi atent sau de a se concentra;
- dureri musculare (în special gât și umeri);
- dureri de stomac, de cap.

Ce dificultăți pot să apară în diagnosticarea anxietății generalizate?

Tulburarea de anxietate generalizată este dificil de diagnosticat din mai multe motive:

- **Apare rareori singură;** în mod frecvent, este însoţită de alte tulburări de anxietate, depresie sau anxietate de separare. Deoarece nu prezintă simptome evidente sau dramatice cum este cazul tulburării obsesiv-compulsive sau a atacului de panică, tulburarea de anxietate generalizată trece mai uşor nediagnosticată.
- **Se manifestă prin numeroase simptome somatice**. Copiii cu anxietate generalizată prezintă o varietate largă de simptome somatice cu diferite grade de severitate. Cei mai mulţi dintre copii nu se plâng de anxietate sau de îngrijorări excesive, ci prezintă exclusiv simptomele somatice precum diaree, palpitaţii, dispnee, dureri abdominale, dureri de cap sau dureri în piept.
- **Se manifestă prin insomnie**. Unii copii manifestă şi recunosc un simptom specific, foarte frecvent insomnia; nu acordă atenţie şi nu exprimă alte simptome asociate anxietăţii generalizate.

Pentru a putea diagnostica corect anxietatea generalizată este important să luăm în considerare coexistenţa a trei categorii de simptome:

Cognitive şi emoţionale	Fizice	Comportamentale
• Îngrijorare cronică legată de evenimente care sunt puţin probabil să apară. • Incapacitatea de a opri gândurile de îngrijorare de tipul ” dacă..”. • Incapacitatea de a se relaxa.	• Ameţeală; • Letargie; • Bătăi neregulate ale inimii; • Înţepături sau junghiuri; • Dureri musculare; • Gură uscată; • Transpiraţie excesivă; • Senzaţie de sufocare sau respiraţie întretăiată; • Dureri abdominale; • Dureri de cap; • Senzaţie de sete accentuată; • Urinat frecvent;	• Dificultăţi de concentrare; • Iritabilitate; • Amânare; • Dificultatea de a adormi sau de a menţine somnul;

Ce este îngrijorarea?

Îngrijorarea este un **proces cognitiv orientat către anticiparea şi evitarea pericolelor viitoare**. Îngrijorările sunt un răspuns pe termen scurt la incertitudine, cu consecinţe negative dacă persistă. Îngrijorările reduc incertitudinea şi contribuie la creşterea hipervigilenţei şi pregătirii, scăderea excitabilităţii la nivelul sistemului nervos şi întăreşte convingerea că evenimentele incerte şi riscurile totale pot fi controlate. Dacă se întâmplă ca evenimentele negative să apară foarte rar, aceasta reprezintă o întărire foarte puternică a procesului de îngrijorare - convingerea că îngrijorarea este adaptativă şi oarecum previne apariţia evenimentelor negative devine foarte puternică.

Îngrijorarea este de asemenea o formă de **suprimare emoţională şi evitare cognitivă** care blochează exprimarea altor emoţii cum ar fi frica sau furia. Îngrijorarea este altfel percepută ca un proces simultan pozitiv şi negativ, prin asocierea lui cu lipsa de control. Astfel, în anumite situaţii îngrijorările sunt acceptate şi permise, în alte situatii se încearcă fără succes controlul îngrijorărilor.

De ce şi pentru ce se îngrijorează copiii?

Copiii şi adolescenţii care suferă de anxietate generalizată se îngrijorează în legătură cu aceleaşi lucruri ca şi colegii lor, numai că o fac mai mult şi mai des.

Cele mai frecvente îngrijorări sunt despre:

- **Sănătate:** "dacă răcesc şi mi se face rău", "dacă mama va avea cancer"?
- **Şcoală:** "dacă iau o notă mică?", "dacă uit ce trebuie să spun în prezentarea de astăzi?"
- **Securitate**: "dacă un om rău sparge casa şi răneşte pe cineva?", "dacă voi fi rănit când plec de la şcoală?"
- **Dezastre naturale**:"dacă va fi un cutremur şi casa va fi distrusă?", "dacă stratul de ozon continuă să se subţieze?"
- **Probleme minore**: "dacă pantalonii nu se potrivesc cu pantofii?", "dacă mi-a expirat abonamentul la biblioteca şi nu mai pot lua cărţi?"

Conţinutul îngrijorărilor copiilor include perfecţionismul, punctualitatea, sănătatea şi siguranţa proprie şi a celorlalţi, evenimentele externe (cutremur, calamităţi), situaţia financiară a familiei şi evenimente viitoare (ex. facultatea).

Copiii cu anxietate generalizată manifestă aceleaşi îngrijorări ca şi copiii fără anxietate, cum sunt cele legate de note, teme de casă, prieteni, dar în exces faţă de copiii de aceaşi vârstă. Unele studii apreciază că un copil cu anxietate generalizată are în medie între **3 şi 6 îngrijorări** comparativ cu copiii care nu au anxietate şi au o singura îngrijorare. Cele mai frecvente îngrijorări sunt cele legate de: note, examene, atac fizic/violenţă fizică, viitor, şcoală şi problemele cu colegii. Gândurile cele mai frecvente de îngrijorare a copiilor cu anxietate

generalizată sunt: ***„părinţii vor muri/se vor îmbolnăvi grav***”, ***„se vor întâmpla lucruri negative părinţilor;*** apar de asemenea şi îngrijorări privind temele de la şcoală. Îngrijorările privind sănătatea sunt comune atât în anxietatea generalizată cât şi în alte tipuri de anxietate. Un criteriu de diferenţiere sunt îngrijorările legate de performanţă şi familie, care apar în mod special în anxietatea generalizată. Copiii cu anxietate generalizată sunt în mod excesiv preocupaţi de notele şcolare, de modul în care sunt percepuţi de ceilalţi, de problemele familiei şi situaţia financiară.

Care sunt criteriile de diagnostic pentru anxietatea generalizată la copil?

Îngrijorările apar frecevent în toate tipurile de anxietate a copiilor, pentru un diagnostic de anxietate generalizată fiind nevoie să fie prezente şi alte tipuri de simptome, cum ar fi:

- neliniştea/neastâmpăr,
- oboseală,
- dificultăţi de concentrare,
- iritabilitate,
- tensiune musculară,
- tulburări de somn.

Dacă cel puţin unul dintre simptome este prezent, atunci este posibil să fie anxietate generalizată. La adult este nevoie să fie prezente 3 dintre simtomele de mai sus. Cele mai frecevente simptome ale copiilor cu anxietate generalizată sunt **neliniştea/neastâmpărul** şi **dificultatea de relaxare,** în timp ce starea de tensiune musculară este simptomul cel mai puţin frecvent.

Numărul de simptome asociate îngrijorărilor creşte o dată cu vârsta. La copiii cu anxietate generalizată momentele de îngrijorare sunt asociate cu experienţe de nelinişte/ dificultate de relaxare, comparativ cu copiii care nu au anxietate generalizată şi care se îngrijorează fără să apară şi aceste simptome asociate.

În medie, un copil cu anxietate generalizată prezintă 3 simptome asociate, deşi criteriile DSM IV solicită prezenţa unui singur simptom asociat îngrijorărilor.

Îngrijorările copiilor pot apărea în unul sau două domenii ale vieţii sale, după cum este posibil să apară dintr-un singur domeniu multiple îngrijorări (ex. îngrijorări privind temele de casă, examenele, prezentările orale, a-i mulţumi pe profesori, a ajunge la timp la şcoală).

Un copil cu anxietate generalizată poate să aibă şi alte tulburări de sănătate mentală?

Anxietatea generalizată este asociată foarte frecvent şi cu alte tulburări de sănătate mentală. Studiile arată că pentru 7-14% dintre copiii cu anxietate generalizată, aceasta reprezintă unicul diagnostic. Copiii cu anxietate generalizată adesea au comorbide şi alte tulburări de anxietate şi tulburări de dispoziţie.

Un studiu realizat de Masi (2004) a aratat că 93% dintre copiii cu anxietate generalizată au asociată şi o altă tulburare. 75% au asociată o tulburare de anxietate, 56% au asociată depresia şi 21% au asociată o tulburare de externalizare cum este ADHD, tulburarea de opoziţie, tulburarea de conduită. Datorită severităţii acestei tulburări prin impactul ei asupra performanţelor academice şi sociale, este necesară identificarea timpurie a copiilor cu simptome de anxietate generalizată.

Un diagnostic iniţial de anxietate generalizată este un predictor foarte puternic pentru dezvoltarea după 9 ani a unor tulburări de anxietate (fobie socială, atacuri de panică) şi de depresie. ***Copiii cu anxietate generalizată au cel mai mare risc de a dezvolta o nouă patologie psihiatrică dacă anxietatea nu se identifică şi tratează.*** Exista studii care arată că depresia apare după apariţia anxietăţii generalizate, ceea ce susţine ideea intervenţiei timpurii pentru anxietate ca prevenţie a depresiei la copii.

Îngrijorările excesive, predictor al dezvoltarii tulburării de anxietate generalizată

Studiile arată că 25% dintre adolescenţi se îngrijorează excesiv şi percep îngrijorările că fiind necontrolabile. De asemenea, îngrijorările sunt asociate cu serioase consecinţe asupra adolescentului, cum ar fi tulburările de somn, absenteismul şcolar, retragere din activităţile sociale şcolare şi extraşcolare. Prezenţa îngrijorărilor la vârsta adolescenţei este un predictor important pentru dezvoltarea tulburării de anxietate în rândul copiilor. Îngrijorările sunt prezente la toate vârstele în contexte provocatoare de anxietate, dar frecvenţa lor este mai mare după vârsta de **8 ani**. Abia la vârsta adolescenţei copiii pot avea îngrijorări legate de viitor într-o formă abstractă, complexă şi elaborată odată cu dezvoltarea cognitivă.

Cum se mentine procesul de îngrijorare?
Cum devine perceput ca fiind un proces pozitiv şi util?

Îngrijorările fac parte din procesul de dezvoltare cognitivă normală. Manifestarea lor excesivă şi percepţia imposibilităţii de a le controla fac ca îngrijorările să devină patologice. Strategiile de evitare cognitivă şi erorile cognitive asociate utilităţii îngrijorărilor sunt elemente cheie în transformarea îngrijorărilor în simptome ale anxietăţii. Procesul de întărire

asociat cu evitarea cognitivă pare să fie mecanismul explicativ de menţinere a îngrijorărilor. Evitarea imaginilor mentale scade activarea fiziologică şi blochează procesarea emoţională, proces prin care răspunsul emoţional la stimulii care provoacă anxietatea descreşte. Evitarea cognitivă previne expunerea şi, în consecinţă, obişnuirea cu intruziunile cognitive neplăcute şi reevaluarea acestor intruziuni. Un nivel crescut de îngrijorare implică şi prezenţa convingerilor că îngrijorarea ajută la găsirea soluţiilor la problemele şi previne apariţia unor evenimente viitoare negative. Îngrijorarea este un proces de căutare de informaţii şi de strategii de rezolvare de probleme care reprezintă „soluţii" la posibilele evenimente negative viitoare. Astfel, îngrijorarea este întărită pozitiv prin asocierea cu procesul de rezolvare de probleme. Faptul că evenimentele negative care au fost previzionate nu apar, întăreşte pozitiv procesul de îngrijorare şi menţine convingerea falsă că îngrijorarea previne apariţia evenimentelor negative. Evitarea gândurilor neplăcute şi substituirea acestora sunt puternic asociate cu un nivel ridicat de îngrijorare în rândul adolescenţilor. Suprimarea gândurilor şi transformarea imaginilor în gânduri sunt strategii foarte rar folosite de către adolescenţii cu anxietate generalizată. Convingerea că **„îngrijorarea mă ajută să evit ce poate fi mai rău"** este cea mai frecventă convingere a adolescenţior. Convingerea că **„îngrijorarea mă ajută să rezolv problemele"** este o convingere prezentă în rândul adolescenţilor care nu au anxietate generalizată. Gândurile orientate către viitor sunt caracteristice anxietăţii generalizate.

Intoleranţa la incetitudine, simptom al anxietăţii generalizate

Intoleranţa la incertitudine este definită ca ***tendinţa de a reacţiona negativ emoţional, cognitiv şi comportamental la situaţii şi evenimente incerte.*** Este un simptom care apare în mai multe tipuri de tulburări de anxietate. Copiii cu anxietate generalizată percep situaţiile ambigue ca fiind stresante sau ameninţătoare şi în consecinţă au dificultăţi în a funcţiona în situatii incerte. Ca o consecinţă a intoleranţei la incertitudine apare hipervigilenţa manifestată prin **procesarea cu preponderenţă a informaţiei negative**. Apare astfel evitarea cognitivă („nu mă gândesc la viitor") că strategie de evitare a situaţiilor percepute ca fiind negative. Această predispoziţie de a reacţiona negativ la evenimentele incerte şi de a face predicţii negative cu privire la posibilele consecinţe ale acestora duce la o creştere a nivelului de anxietate.

Perfecţionismul, simptom al anxietăţii generalizate

Perfecţionismul denumit şi **„tirania lui TREBUIE"** este un set de expectanţe/aşteptări, interpretări ale evenimentelor, autoevaluarea şi evaluarea celorlalţi după **standarde de performanţă excesiv de ridicate**.

Aceste standarde ridicate de performanţă sunt asociate cu **teama de eşec**; teama de eşec motivează persoana să se implice în atingerea standardelor ridicate de performanţă prin comportamente cum ar fi:

a) verificarea cu atenţie a modului cum se realizează sarcina;

b) căutarea permanentă de reasigurări în atingerea standardelor de performanţă;

c) corectarea celorlalţi;

d) analizarea excesivă până în momentul de decizie.

Există mai multe tipuri de perfecţionism:

- **Perfecţionismul social** definit prin nevoia de a atinge standardele şi aşteptările percepute ale celorlalţi („ceilalti se aşteaptă să fiu perfect/ă"), asociat cu teama de evaluare negativă şi nevoia de aprobare (mai ales din partea părinţilor şi a profesorilor).
- **Perfecţionismul faţă de ceilalţi** definit prin nevoia ca ceilalţi să atingă standardele nerealiste, însoţită de tendinţa de a-i blama pe ceilalţi.
- **Perfecţionismul relaţionat cu propria persoană** definit prin nevoia de a atinge standardele şi aşteptările autoimpuse („eu mă aştept să fac lucrurile perfect"), autocritică excesivă, auto-blamare, stres. Evaluarea este dependentă de anumite standarde; autoevaluarea este extrem de vulnerabilă, eşecul în atingerea standardelor duce la autocritică şi autoevaluare negativă. Autoevaluarea este dependentă excesiv de un singur domeniu unde se manifestă perfecţionismul.

Comportamentele de tip perfecţionist sunt dezvoltate pentru a avea control şi pentru a menţine ordinea/stabilitatea/certitudinea în viaţa copilului.

Comportamente care menţin convingerile legate de standardele ridicate: supracompensarea (ex. învăţ mai mult, repet de mai multe ori), verificările (citesc de mai multe ori tema că să mă asigur că e bine scrisă), reasigurările (cer tot timpul confirmarea din partea părinţilor sau a profesorilor în legatură cu modul de realizare a temelor), corectarea celorlalţi, repetarea acţiunilor, analiza excesivă înainte de o decizie (mă gândesc mult până când iau o decizie).

C**omportamente de evitare** a situaţiilor în care persoana perfecţionistă necesită să fie în acord cu standardele perfecţioniste: amânarea (nevoia de a face sarcina „perfect", face sarcina neplăcută şi dificilă) sau renunţarea la sarcină (pentru că nu pot atinge standardul).

Comportamente care descriu perfecţionismul:

Domeniu	Descriere comportamentală
Preocupări privind greşelile	Reacţii negative la greşeli şi asocierea lor cu eşecul. *Exemplu:* „Părinţii mă vor desconsidera dacă fac greşeli.”
Îndoieli privind propriile acţiuni	Îndoieli privind calitatea performanţei personale. *Exemple:* „Adesea mă gândesc dacă am făcut bine sau nu o sarcină care trebuia să iasă perfect.”
Standarde personale şi ale celorlalţi	Formularea unor standarde excesiv de ridicate care nu pot fi îndeplinite în mod optim şi autoevaluarea după modul cum aceste standarde au fost atinse. Standarde ridicate nerealiste şi pentru celelalte persoane. *Exemple:* „Urăsc să nu fac foarte bine/perfect un anumit lucru.” „Dacă am eşecuri la şcoală, atunci am eşuat ca persoană.” „O persoană trebuie să facă tot ce îi stă în putere să iasă totul perfect.” „Tot ceea ce fac ceilalţi trebuie să fie de calitate maximă.”
Organizarea	Supraestimarea relevanţei ordinii şi organizării. *Exemple:* „Totul trebuie să fie aşa cum e cel mai bine.”

Cum se dezvoltă perfecţionismul?

Experienţele timpurii de interacţiune cu părinţii sunt unul din factorii care facilitează dezvoltarea perfecţionismului. Astfel, perfecţionismul apare atunci când:

- Părinţii au tendinţa de critică excesivă şi solicitări permanente.
- Aşteptările părinţilor şi standardele de performanţă sunt excesiv de ridicate, critica fiind indirectă.
- Aprobarea parentală lipseşte, este inconsitentă sau oferită condiţionat.

Părinţii cu tendinţe de perfecţionism reprezintă model de atitudine şi comportament pentru copii.

Copiii „perfecţionişti” dezvoltă o puternică nevoie de a primi aprobarea şi afecţiunea din partea părinţilor şi profesorilor, chiar dacă aceştia au o atitudine critică, autoritară şi de control. Copiii expuşi la situaţii în care părinţii lor evită greşelile, încearcă să facă lucurile „perfect” şi minimizează ameninţările, învaţă perfecţionsmul.

Perfecţionsimul mamei a fost identificat ca factor de risc pentru perfecţionismul copilului, prin învăţarea acestuia de a „fi precaut”, evitarea situaţiilor în care este posibil să facă greşeli, pedepsirea comportamentului de greşeală a copilului, recompensarea copilului când face lucrurile „perfect”. În consecinţă, copilul va fi hipersenzitiv la greşeală şi va evita situaţiile de risc.

Care este diferenţa dintre îngrijorare şi gând obsesiv?

Atât îngrijorările cât şi obsesiile sunt două procese/activităţi cognitive anticipatorii. Diferenţa dintre cele două procese este dată de natura conţinutului mental al obsesiei sau îngrijorării şi de prezenţa sau absenţa comportamentelor compulsive. De exemplu, gândul intruziv legat de un posibil accident al mamei poate sugera o obsesie (ca simptom al tulburării obsesiv-compulsive) sau o îngrijorare (ca simptom al tulburării de anxietate generalizată). Acest gând intruziv poate fi o preocupare legată de sănătatea unui membru al familiei (simptom al tulburării de anxietate generalizată) sau o preocupare care depăşeşte logica/raţiunea grijilor obişnuite (simptom al tulburării obsesiv-compulsive).

O dificultate de diagnostic apare între îngrijorare şi comportamentul compulsiv de neutralizare mentală. În îngrijorare, de exemplu, copilul realizează o listă mentală cu potenţiale moduri prin care poate eşua la şcoală şi elaborarează consecinţe fiecărui mod în parte. Această repetiţie mentală îi dă copilului sentimentul de *„a fi pregătit"*. Pregătirea mentală este percepută de copil ca fiind un predictor al succesului şi orice feedback negativ privind îngrijorarea nu face decât să crească reacţia de furie a copilului.

Similarităţile dintre obsesii şi îngrijorări sunt:

- ambele sunt prezente atât în populaţia nonclinică cât şi în cea clinică;
- apar în aceeaşi formă şi conţinut atât în populaţia clinică cât şi în cea nonclinică;
- apar cu o frecvenţă mai mare şi sunt percepute ca fiind mai puţin controlabile la populaţia clinică decât în cea non-clinică;
- sunt asociate amândouă cu emoţii negative;
- par să aibă aceleaşi condiţii de vulnerabilitate.

Îngrijorările apar predominant în forma abstractă şi verbală, în timp ce obsesiile apar sub formă de imagini. De exemplu, imaginea intruzivă a unei fotografii este specifică obsesiei, îngrijorarea este mai puţin concretă, de tipul „am probleme"; nu este o imagine clară.

O diferenţă semnificativă între obsesii şi îngrijorări este dată de conţinut. Îngrijorarea se referă la un număr de evenimente şi activităţi care au legatură cu evenimentele de zi cu zi, în timp ce obsesiile nu sunt doar simple îngrijorări despre problemele din viaţa reală de zi cu zi. Îngrijorările au legatură cu conţinuturi realiste şi „lumeşti", în timp ce obsesiile au conţinuturi neobişnuite şi bizare. Gândurile intruzive ale unui copil privind *„problemele de la şcoală"* sunt specifice îngrijorărilor. De exemplu, un copil care îşi reface tema de mai multe ori pentru a preveni consecinţele previzionate din partea profesoarei (mă va certa, va fi nemulţumită, etc.) este simptom specific anxietăţii generalizate, în timp ce un copil care îşi reface tema de mai multe ori pentru a arata „cum trebuie", fără să se gândească la consecinţe, prezintă risc de tulburare obsesiv-compulsivă.

Comportamente ale părinţilor care reprezintă factori de risc pentru dezvoltarea anxietăţii generalizate

Comportamentul părinţilor reprezintă un context de învaţare pentru copil şi în acelasi timp un factor de vulnerabilitate pentru anxietate. Comportamentul de hiperprotecţie, cu un control excesiv din partea părinţilor asupra copilului şi implicarea exagerată în viaţa acestuia, sunt factori de risc pentru anxietatea generalizată. Un comportament observat la copiii cu anxietate, învăţat de la părinţi, este acela de evitare ca metodă de „rezolvare” a dificultăţilor. Un alt comportament cu risc, frecvent al părinţilor este comportamentul de critică/respingere a copilului.

Strategiile de modificare cognitiv-comportamentală în reducerea anxietății generalizate

Psihoeducaţia despre anxietatea generalizată şi îngrijorări:

Anxietatea generalizată este o manifestare excesivă a unui fenomen normal: se prezintă copilului informaţii despre anxietatea generalizată cu scopul de a normaliza experienţa acestuia. Se poate folosi metafora “***temperaturii corpului uman***”: oamenii au o anumită temperatură (36 sau 37 de grade) – se îngrijorează şi este normal, nu reprezintă o problemă. Dacă temperatura corpului creşte foarte mult – îngrijorările sunt foarte frecvente, devine o problemă şi este nevoie ca temperatura să revină la nivele care sunt acceptabile pentru organism.

Anxietatea generalizată poate fi prezentată şi ca un continuum (cum se poate vedea mai jos). Nu putem elimina toate îngrijorările; obiectivul este gestionarea lor.

Nici o îngrijorare/anxietate	**Îngrijorare/anxietate extremă**
0	**100**

Conştientizarea îngrijorărilor - „Vânătoarea de îngrijorări”: pentru a putea învăţa cum să reducă îngrijorările, copilul trebuie mai întâi să le poată recunoaşte şi identifica.

Se propune copilului să înceapă „vânătoarea de îngrijorări” şi să stea de 3 ori pe zi „la pândă”. În fiecare zi, în momentele predeterminate (un moment dimineaţa, unul la prânz şi unul seara), copilul trebuie să se oprească din ce face, să devină atent la gândurile sale şi să noteze îngrijorările pe care le are chiar în acel moment, precum şi nivelul de anxietate atins.

Lista de îngrijorări obţinută este discutată apoi cu copilul. Obiectivul discutării listei este de a învăţa copilul următoarele aspecte despre îngrijorări:

- „Harta îngrijorărilor”: îngrijorările se referă la un domeniu sau se organizează pe nişte teme. Nu ne îngrijorăm despre tot sau despre

orice, ci sunt câteva teme în legătură cu care ne îngrijorăm sistematic. Acest lucru poate fi reprezentat pe o harta a vieţii copilului.

- „Lanţul îngrijorărilor”: îngrijorările durează câteva minute sau mult mai mult (ore): deoarece scopul tratamentului nu este eliminarea îngrijorărilor, ci reducerea lor la un nivel gestionabil, este necesar să existe un nivel de bază a timpului consumat de îngrijorare; o îngrijorare conduce la alta şi astfel se formează lanţul periculos al îngrijorărilor. Acestă informaţie poate fi reprezentată construind un lanţ de hârtie.
- „Îngrijorări despre viitor”: chiar dacă îngrijorările pleacă de la un eveniment trecut (am luat o notă mică), îngrijorarea se referă la consecinţele negative din viitor („dacă nota asta o să îmi strice media”).
- „Îngrijorări Bune sau Rele”: îngrijorările productive, „bune” sunt cele urmate de o acţiune de rezolvare a problemei; îngrijorările neproductive, „rele” sunt cele care nu pot fi urmate de o acţiune de rezolvare a problemei. De obicei, începem cu îngrijorări bune:
    - „dacă întârzii la şcoală” - mă pot grăbi pentru a rezolva problema;
    - se popate ajunge la îngrijorări rele: „dacă voi fi exmatriculat” (nu pot face nici o acţiune în prezent ca să rezolv problema, pentru că problema nu există în prezent).

Pentru identificarea îngrijorărilor, copiii pot fi solicitaţi să înregistreze îngrijorările pe care le au timp de o săptămână, astfel încât la sfârşitul săptămânii să poată răspunde la următoarele întrebări (în acest scop, copiilor mai mari li se poate sugera utilizarea fişei de monitorizare de mai jos):

- Care sunt momentele şi locurile în care este cel mai probabil să apară îngrijorarea?
- Sunt anumite evenimente sau situaţii care stimulează îngrijorarea?
- Cum te simţi chiar înainte de a începe să te îngrijorezi?
- Ce prezici că se va întâmpla şi te tulbură?
- Ce tinzi să faci imediat după ce te-ai îngrijorat?
- Cum te simţi atunci?

Identificarea comportamentelor care urmează îngrijorărilor este foarte importantă deoarece aceste comportamente blochează gestionarea îngrijorărilor şi generează probleme suplimentare. Ca urmare a îngrijorărilor sunt posibile două tipuri de comportamente:

- Comportamente externe - faci ceva care să distragă atenţia de la îngrijorări (mănânci, asculţi muzică, te uiţi la TV timp îndelungat, stai pe Internet timp îndelungat);
- Comportamente interne – te îngrijorezi mai mult şi mai mult.

Ca urmare, obiectivul intervenţiei este de a elimina aceste comportamente. Acest proces poate începe prin amânarea comportamentului cu câteva minute (10-20 minute) sau o ora de la apariţia îngrijorării.

VÂNĂTOAREA DE ÎNGRIJORĂRI						
Ora	Situaţia	Cum mă simt înainte să mă îngrijorez	Îngrijo-rarea	Cât de intensă este emoţia 0-100	Ce com-portamente dezvolt ca raspuns la anxietate	Cum mă simt după
9.00	*La şcoală, înainte de lucrarea de control*	*Teamă*	*Dacă voi lua o notă mică*	*Teamă 90*	*Mănânc o ciocolată*	*Obosit, Cu stoma-cul greu*

Intervenţii pentru controlul îngrijorărilor

„Îngrijorează-te eficient”: copilul este ajutat să înveţe când să fie atent la îngrijorări şi când să nu le acorde atenţie. Îngrijorările BUNE sunt cele cărora trebuie să le acordăm atenţie.

Îngrijorările BUNE sau productive sunt cele care:

1. Pleacă de la o problemă plauzibilă sau rezonabilă - „Dacă îmi uit caietul de teme acasă şi nu am tema”. Aceste lucru este plauzibil şi rezonabil. ”Dacă o să-mi scap caietul de teme în apă” nu este plauzibilă deoarece este foarte puţin probabil să se întâmple).
2. Poţi face ceva pe loc sau imediat (în următoarele 10 minute) ca să rezolvi problema. O întrebare utilă pentru a stabili dacă o îngrijorare este BUNĂ sau REA este: Există ceva ce pot face chiar acum sau imediat ca să rezolv problema ? („dacă îmi uit caietul de teme acasă”- este o îngrijorare BUNĂ; există ceva ce pot face chiar acum să rezolv această problemă, îl pun în ghiozdan).
3. Acţiunea soluţie este rezonabilă şi plauzibilă (se poate pune în aplicare). („Dacă mamei i se întâmplă ceva rău cât este la serviciu” este o îngrijorare REA, pentru că acţiunea care poate rezolva problema - să nu mai meargă mama la serviciu nu este plauzibilă şi nici rezonabilă).

Indicatori ale îngrijorării „Rele" (neproductive) Te îngrijorezi despre lucruri care nu au răspuns Te îngrijorezi despre un lanţ de evenimente Respingi o soluţie pentru că nu este perfectă Consideri că trebuie să te îngrijorezi până te simţi mai liniştit (scade anxietatea) Consideri că trebuie să te îngrijorezi până când poţi controla totul
Indicatori ale îngrijorării „Bune" (productive) Te îngrijorezi despre lucrurile care au un răspuns Te îngrijorezi despre un singur eveniment, nu despre un lanţ de evenimente Accepţi soluţii care nu sunt perfecte Nu foloseşti anxietatea ca un ghid pentru îngrijorare Faci diferenţa între ce poţi controla şi ce nu poţi controla

Soluţii „perfecte": Când învaţă să fie atenţi doar la îngrijorările Bune şi să aleagă o soluţie practică imediată pentru problemă, copiii pot avea dificultăţi deoarece nu sunt siguri că soluţia lor este perfectă sau că este cea mai bună. Convingerile despre ce soluţie este perfectă fac obiectul intervenţiei. Copilul trebuie ajutat să se uite după soluţii care sunt foarte probabile de pus în practică şi nu după soluţii perfecte. Pot fi analizate împreună cu copilul avantajele şi dezavantajele căutării unei soluţii perfecte.

Control „perfect": o altă convingere care împiedică acordarea atenţiei doar îngrijorărilor bune este convingerea legată de faptul că trebuie să controlez totul ca să mă simt în siguranţă sau confortabil. Când încearcă să rezolve anumite probleme, copiii observă că sunt lucruri la care nu există un răspuns sau o soluţie şi că nu pot face nimic pentru ele, lucru pe care îl tolerează cu greu. De exemplu, dacă mă îngrijorez că nu voi şti poezia, o pot învăţa. Dacă mă îngrijorez că dnei învăţătoare nu îi va plăcea cum recit poezia, nu pot face nimic, deoarece nu este în controlul meu ce îi place dnei învăţătoare. Ce îi place ei sau nu depinde de ea, nu de mine.

„Alergia" la lucrurile nesigure. Certitudinea şi toleranţa la incertitudine

Copiii pot învăţa despre rolul tolerării incertitudinii în controlul îngrijorărilor şi al anxietăţii prin metafora alergiei. Fiecare persoană are o alergie cum este de exemplu alergia la polen. Cine este alergic la polen, atunci când miroase o floare sau intră în contact cu o mică cantitate de polen, are în câteva minute o reacţie alergică putenică: strănută, îi cuge nasul, tuşeşte, îi lăcrimează ochii. Cine are îngrijorări este ca o persoană care are o alergie. Persoanele care au îngrijorări au alergie la lucrurile care nu sunt sigure; mintea lor este alergică la lucrurile nesigure, astfel încât de fiecare dată când

se întâlneşte cu un lucru nesigur, oricât de mic ar fi el sau de neînsemnat, are o reacţie alergică, în acest caz îngrijorări şi anxietate.

Persoanele care se îngrijorează consideră necunoscutul ca fiind un pericol şi nu tolerează lucrurile nesigure, incerte, au nevoie de multă certitudine pentru a se simţi confortabil în viaţa de zi cu zi. Copiii cu anxietate generalizată caută soluţii perfecte, caută un răspuns la fiecare întrebare, caută o predicţie clară pentru fiecare situaţie. În absenţa certitudinii, aceştia continuă să se îngrijoreze până o găsesc. Ceea ce asigură confortul emoţional al acestor persoane este un nivel ridicat de certitudine. Ca urmare, copiii cu anxietate generalizată fac sau nu fac permanent anumite lucruri pentru a creşte nivelul de certitudine. Aceste comportamente sunt comportamente de securizare care le menţin îngrijorările şi anxietatea pe termen lung şi reprezintă obiectul intervenţiei. De exemplu:

Ce faci ca să crești certitudinea (comportamente de securizare):

1. Vrei să faci totul personal, nu îi laşi pe ceilalţi să facă. Ex. Faci singur tema, pentru că altfel nu poţi avea certitudinea că a fost făcută bine.
2. Cauţi foarte multe informaţii înainte să începi să faci ceva. Ex. Citeşti mult, ceri mai multe păreri, înainte să iei o decizie; când cumperi ceva începi căutările cu mai mult timp înainte.
3. Te îndoieşti de o decizie pe care ai luat-o pentru că nu mai ai certitudinea că este cea mai bună decizie.
4. Cauţi reasigurări (îi întrebi pe ceilalţi ca să te asigure că este bine, în regulă).
5. Verifici sau faci lucrurile din nou pentru că nu mai eşti sigur că le-ai făcut corect. Ex. Mai citeşti o dată emailul înainte de a-l trimite, mai repeţi o dată lecţia învăţată, verifici bagajele de mai multe ori să vezi dacă ai totul la tine.
6. Supraprotejarea celorlalţi, faci lucruri în locul lor (membri ai familiei, prieteni).

Ce nu faci ca să crești certitudinea (comportamente de evitare):

1. Eviţi angajamentul complet în anumite lucruri. Exemplu: Nu te implici total într-o relaţie de prietenie pentru că finalul este incert.
2. Găsești motive „imaginare" să nu faci anumite lucruri. Exemplu: Găsești motive să nu participi la o serbare deoarece nu ai certitudinea că te vei descurca bine.
3. Amâni să faci lucruri pe care le-ai putea face chiar atunci. Exemplu: Amâni să dai un telefon deoarece nu ști cum va reacţiona persoana; amâni să iei o decizie, deoarece nu ști dacă este o decizie bună.

Ca şi aceste comportamente de mai sus, îngrijorările sunt acţiuni mentale sau acţiuni „ascunse” care au ca scop creşterea certitudinii. Cu cât toleranţa la incertitudine este mai mică, cu atât îngrijorarea este mai frecventă. Dacă toleranţa la incertitudine creşte, atunci această activitate mentală excesivă, prelungită de îngrijorare (anticiparea situaţiilor viitoare), nu mai este necesară deoarece nu mai este nevoie de creşterea certitudinii.

Expunerea la lucruri nesigure sau la incertitudine:

Ca urmare, există două alternative la dispoziţia persoanelor care se îngrijorează, pentru a-şi redobândi confortul emoţional şi relaxarea: fie creşterea certitudinii, fie creşterea toleranţei. Aceste alternative sunt diferite din punct de vedere al confortului pe care persoana îl dobândeşte, precum şi din punct de vedere a cât de plauzibile sunt.

Creşterea certitudinii**:** reprezintă alternativa pe care în special ne-o dorim, pentru a reduce îngrijorările şi disconfortul din viaţa nostră. Dorim să ştim sigur ce se va întâmpla (cum va fi relaţia cu o anume persoană, cum va reacţiona x, ce sarcini vom primi, ce crede x despre noi, ce anume înseamnă o anumită senzaţie fizică, care este cauza unui simptom fizic etc.) ca să putem acţiona adecvat şi să prevenim consecinţele negative. Certitudinea nu este uşor de obţinut însă.

- Ca să obţinem certitudinea facem foarte multe lucruri, aprope tot timpul: verificăm frecvent, încercăm să avem toate informaţiile, să fim în control, evităm întâlniri, sarcini, nu accesăm oportunităţi pentru că nu ştim sigur cum va fi, ne îngrijorăm în legătură cu foarte multe aspecte legate de viaţa noastră profesională sau personală.
- Cu toate acestea, certitudinea nu creşte la un nivel satisfăcător: cu cât facem mai multe comportamente de creştere a certitudinii, cu atât simţim că nu suntem 100% siguri şi începem să ne îngrijorăm mai mult.
- Aceste strategii de creştere a certitudinii nu ne oferă ceea ce dorim nu pentru că sunt insuficiente, sau pentru că ne-a scăpat nouă ceva, sau pentru că trebuia să facem ceva în plus sau pentru că trebuia să mai luăm în calcul ceva, ci pentru că certitudinea este imposibil de atins.

Creşterea toleranţei**:** reprezintă alternativa mai puţin atractivă. Ideea de a fi în situaţii incerte, nesigure şi a de nu face nimic este ea însăşi foarte inconfortabilă. Dar, o dată ce certitudinea este un obiectiv nerealist, confortul emoţional poate fi dobândit în situaţii percepute ca incerte doar prin creşterea toleranţei la incertitudine.

- Incertitudinea este o realitate. Nu ştim ce se va întâmpla cu siguranţă mâine sau poimâine. Putem face o predicţie bine informată, dar nu putem fi siguri.
- Dacă nu tolerezi uşor incertitudinea, ce se întâmplă în mintea noastră sunt gânduri precum: „nu ştiu dacă totul va fi ok. Dacă nu ştiu sigur trebuie să continui să mă gândesc până voi fi sigur; dacă mă tot gândesc / îngrijorez şi tot nu ştiu sigur, trebuie să continui să mă gândesc până voi fi absolut sigur că totul va fi ok”.

- Acceptarea incertitudinii este strategia cheie în reducerea îngrijorărilor. O dată ce accepţi că nu poţi fi niciodată sigur în legătură cu ce se va întâmpla, poţi observa că îngrijorările pentru a creşte certitudinea sunt o investiţie de timp şi efort contraproductivă.

Creşterea toleranţei la incertitudine se face prin expunerea la incertitudine şi prevenirea răspunsurilor comportamentale şi mentale care cresc certitudinea. Recomandări în realizarea exerciţiilor de expunere:

- Începeţi cu lucruri mici şi realiste: pentru prima expunere alegeţi o situaţie care să determine un disconfort, dar nu atât de mare încât copilul să refuze să se implice. De exemplu un exerciţiu de expunere la incertitudine ar fi să verifice dacă şi-a pus toate cărţile în ghiozdan doar o dată, dacă apar îndoiala şi îngrijorarea, să le tolereze.
- Înregistraţi toate experimentele de expunere sau rugaţi copilul să o facă. Notaţi fiecare expunere, ce a anticipat copilul că se va întâmpla şi ce s-a întâmplat în realitate.
- Aşteptaţi-vă ca anxietatea să crească şi explicaţi şi părinţilor acest lucru. La începutul exerciţiilor de expunere anxietatea va creşte, după mai multe expuneri, o dată cu creşterea toleranţei la incertitudine, anxietatea va scădea. La fiecare expunere întăriţi comportamentul copilului. Implicaţi şi părinţii în această activitate.

Cel mai probabil lucru, cel mai bun şi cel mai rău lucru care se poate întâmpla: De foarte multe ori, în situaţii de incertitudine ne gândim la un rezultat negativ sau la cel mai rău rezultat. Acest lucru favorizează îngrijorarea. De asemenea, o caracteristică a gândirii în anxietatea generalizată este aceea de a acorda o probabilitate foarte mare evenimentelor viitoare negative. De aceea este utilă exersarea identificării şi a altor alternative posibile. Pentru situaţiile pentru care copiii se îngrijorează („voi pica examenul”) ei pot fi învăţaţi să genereze şi alte predicţii posibile, precum o să fac foarte bine la examen, o să trec examenul cu un rezultat mediu. Este util că acest exerciţiu de flexibilizare a predicţiilor să înceapă cu identificarea rezultatului cel mai probabil (Care este cel mai probabil lucru să se întâmple?) şi cu corectarea acestei predicţii, apoi cu identificarea rezultatului cel mai bun, astfel încât estimarea probabilităţii rezultatului cel mai rău să se modifice.

Timp special pentru îngrijorări: Toţi oamenii au îngrijorări şi se îngrijorează din când în când. Caracteristic însă pentru anxietatea generalizată este că persoana percepe îngrijorările că fiind incontrolabile. Că urmare, un obiectiv important al intervenţiei este modificarea acestei convingeri şi dezvoltarea abilităţilor de control a îngrijorărilor. Pentru a dezvolta sentimentul de control asupra îngrijorărilor copilul este rugat să aleagă un loc şi un moment al zilei în care să practice îngrijorarea pentru 30 de minute. În acea perioadă de timp şi în acel loc se poate îngrijora cât poate de mult.

Este important ca în acea perioadă de timp să nu încerce să oprească îngrijorările sau să îşi ofere asigurări, ci doar să se îngrijoreze şi să noteze îngrijorările pe măsură ce ele apar. În restul timpului de peste zi să noteze în carneţel îngrijorarea („dacă mama se va îmbolnăvi”) şi să amâne procesul de îngrijorare propriu-zisă pentru ora şi locul special ales pentru îngrijorare.

În urma acestui exerciţiu copiii observă câteva aspecte care îi ajută să dobândească sentimentul de control asupra îngrijorărilor:

- Îngrijorările sunt limitate (se referă la 5-6 teme), nu sunt zeci de îngrijorări;
- Îngrijorările sunt repetitive, nu sunt lucruri noi;
- Uneori nu pot umple toate cele 30 de minute dedicate îngrijorării cu îngrijorări;
- Pot amâna îngrijorarea pentru momentul stabilit.

Recomandări pentru părinţi:

Simpla transmitere a diagnosticului de anxietate generalizată nu este suficientă pentru a ajuta familia şi copilul să-şi înţeleagă tulburarea şi să-şi normalizeze experienţa (să reducă îngrijorările secundare „sunt îngrijorat că mă îngrijorez”). Se recomandă ca profesionistul să explice familiei şi copilului următoarele elemente:

- Anxietatea generalizată este una dintre tulburările de anxietate a cărei caracteristică principală este îngrijorarea în legătură cu multiple evenimente de viaţă (**îngrijorarea este un simptom**).
- Anxietatea are **efecte atât la nivel emoţional cât şi la nivel fizic**: oboseală, iritabilitate, tensiune musculară, dureri de cap sau alte simptome pe care pacientul le prezintă. Explicaţi copilului şi părinţilor că aceste simptome sunt efectul îngrijorilor permanente de-a lungul timpului.
- **Îngrijorările sunt un fenomen normal**, fiecare persoană se îngrijorează mai mult în anumite momente din viaţă. Explicaţi copilului şi părintelui că lipsa îngrijorărilor sau a anxietăţii nu este posibilă şi nici nu ar fi adaptativă.
- Anxietatea generalizată descrie situaţia în care persoana se îngrijorează excesiv o perioadă lungă de timp (**mai mult de 6 luni**).
- Abilitatea de a reduce starea de anxietate poate fi învăţată în cadrul şedinţelor de psihoterapie cognitiv-comportamentală.
- Copiii cu anxietate generalizată devin anxioşi ori de câte ori se confruntă cu o situaţie care este **ambiguă sau incertă** sau când nu sunt siguri de ceva. Din moment ce în viaţă sunt foarte multe incertitudini, mereu va exista un motiv de îngrijorare.
- Se recomnadă părinţilor **să descurajeze copilul în a căuta asigurări şi să reducă ei înşişi asigurările** oferite copilului:
    - anunţaţi copilul că vă poate cere ceva o singură dată (să verificaţi tema sau să ascultaţi dacă a învăţat poezia);

- ulterior, la orice solicitare nouă de reasigurare a copilului dvs, răspundeţi pe un ton cald „nu ştiu” sau „Înţeleg că nu eşti 100% sigur; în ce fel lucru acesta este atât de rău?”;

- Se recomandă părinţilor să ajute copilul să se simtă confortabil cu situaţiile de incertitudine, întrucât acestea alimentează îngrijorările. O serie de exerciţii pe care părinţii le pot recomanda copiilor sunt:
  - Realizarea temei de casă, fără a cere părerea adultului (sau cere doar o singură dată);
  - Să sune un prieten spontan şi să îl invite la joacă, fară a planifica acest lucru dinainte;
  - Să accepte mici greşeli în tema de casă;
  - Să nu considere extrem de grav dacă întârzie la şcoală câteva minute;
  - Să aibă curajul de a recunoaşte când nu ştie ceva spunând „nu ştiu”;
  - Să înceapă să facă lucrurile pe care le evita (să privească ştirile TV, dacă evită acest lucru din cauza îngrijorărilor despre războaie şi alte evenimente publice).
- Se recomandă părinţilor să aprecieze şi să valorizeze copilul după fiecare exerciţiu de confruntare cu temerile sale.
- Se recomandă părinţilor să îi înveţe pe copii să accepte greşeala ca modalitate de învăţare şi nu ca un eşec personal. Mesajul central este: „**Nu trebuie să fie perfect** pentru a primi atenţia şi aprecierea noastră”. Oferiţi copiilor întăriri/recompense necondiţionate de performanţa şcolară.

II.3. REFUZUL ŞCOLAR

Ce este și cum se manifestă?

Refuzul şcolar este o tulburare a copiilor care refuză să meargă la şcoală sau care prezintă dificultăţi de a rămâne la toate orele de curs. Acest comportament este adesea relaţionat cu dorinţa de a evita emoţii negative (frică, panică, tristeţe etc.) sau de a obţine unele beneficii (atenţie, accesul la activităţi plăcute etc.).

În mod specific vorbim de refuz şcolar în următoarele condiţii:

- Copilul lipseşte de la toate orele de curs;
- Merge la şcoală dar pleacă înainte de terminarea orelor;
- Merge la şcoală dar înainte de plecare manifestă o serie de comportamente problematice: crize de furie, acuza dureri de cap, de burtă, stări de vomă;
- Are un puternic stres şi se roagă de părinţi să nu-l trimită la şcoală.

Refuzul şcolar defineşte atât comportamentul copiilor care de obicei lipsesc de la şcoală dar şi a celor care lipsesc rar dar prezintă un înalt nivel de stres.

În funcţie de durata de manifestare a refuzului şcolar se face distincţia între comportament de refuz şcolar cronic şi comportament de refuz şcolar acut:

- Comportament de refuz şcolar acut defineşte comportamentele de refuz cu o durată între 2 săptămâni şi 1 an calendaristic.
- Comportament de refuz şcolar cronic defineşte comportamentele de refuz cu o durată mai mare de 1 an calendaristic sau de peste 2 ani şcolari în care s-a manifestat acest comportament în cea mai mare parte a timpului.

Când nu vorbim de refuz școlar?

- Existenţa unor boli fizice legitime (ex. astm) care fac dificilă participarea la ore;
- Reţinerea deliberată a copilului de către părinte;
- Diverse condiţii sociale şi familiale care predomină în viaţa copilului (locuiesc pe stradă, pleacă de acasă pentru a evita abuzul);
- Alte dificultăţi - activitate şcolară slabă, hiperactivitate, depresie, agresivitate, lipsa generală a motivaţiei.

Prevalenţa comportamentului de refuz şcolar este de **28%** în rândul copiilor şi adolescenţilor, şi prezintă o distribuţie egală în rândul fetelor şi băieţilor, dar şi în rândul copiilor cu tipar normal de dezvoltare şi a celor care prezintă dificultăţi de învăţare.

Deşi poate apărea la orice vârstă şcolară, specialiştii afirmă că există câteva etape în care creşte probabilitatea de apariţie a comportamentelor de refuz:

- perioada de 6/7ani, care coincide cu intrarea copilului la şcoală;
- perioada de 10-11 ani, care coincide cu trecerea de la ciclul primar la cel gimnazial.

Comportamente frecvente la copii care prezintă refuz şcolar:

1. ***Comportamente mai puţin evidente:***
   - Simptome fizice (dureri de cap, de burtă, stări de greaţă, vărsături);
   - Teama că ceva teribil se poate întâmpla;
   - Frica de situaţii specifice (situaţii care provoacă atacuri de panică – spaţii închise, lifturi, metrou etc);
   - Îngrijorări excesive privind situaţiile noi, schimbarea rutinelor;
   - Anxietate socială, teama de evaluarea celorlalţi;
   - Anxietatea de performanţă, îngrijorarea de a face lucrurile perfect, standarde personale foarte înalte;
   - Retragere;
   - Depresie;
   - Dificultăţi de concentrare;
   - Dificultăţi de adormire, persistenţa oboselii.

2. ***Comportamente evidente:***
   - Crizele de furie (plânge, ţipă);
   - Agresiunea fizică şi verbală;
   - Comportamente de asigurare (ex. sună mama să se asigure că nu s-a întâmplat nimic rău cu ea, are nevoie ca mama sau tata să sune din oră în oră atunci când pleacă fără el, poartă o pungă în geantă pe care să o folosească în caz de hiperventilaţie);
   - Refuzul de a se mişca;
   - Lipsa de complianţă;
   - Fuge de la şcoală sau de acasă;
   - Merge la cabinetul medical în timpul orelor pentru simptomele atacului de panică (în medie petrece cel puţin o oră în cabinetul medical în fiecare dimineaţă);
   - Pune repetitiv aceiaşi întrebare, în aceasi manieră;
   - Pune întrebări şi doreşte să ştie în permanenţă ce planuri are familia în fiecare zi;
   - Are crize de furie sau de supărare dacă planurile iniţiale sunt schimbate sau ceva neaşteptat se întâmplă;
   - Cere multe detalii despre ce urmează să se întâmple când merg undeva (care este traseul, unde se vor opri, cât timp vor sta, etc).

Consecinţele refuzului şcolar:

1. Pe termen scurt:
   - Probleme cu activitatea şcolară;
   - Sursă de disconfort pentru copil, părinţi, cadre didactice;
   - Probleme cu absolvirea şcolii;
   - Probleme în familie (conflicte, perturbarea rutinelor zilnice etc.).
2. Pe termen lung:
   - Dificultăţi de continuare a studiilor (ex. să ia admiterea la un liceu);
   - Probleme de găsire a unei slujbe şi de păstrare a locului de muncă;
   - Abuz de alcool;
   - Comportament antisocial;
   - Anxietate;
   - Depresie.

Motivele care stau în spatele comportamentului de refuz

Studiile clinice au arătat că refuzul şcolar are la bază una sau mai multe din următoarele motive:

1. Copilul stă acasă deoarece anumite obiecte sau situaţii din şcoală îl fac să aibă simptome fizice neplăcute sau să simtă emoţii negative (frică).
2. Copilul stă departe de situaţiile sociale sau de evaluarea din şcoală, care sunt dureroase pentru el.
3. Copilul stă acasă pentru a primi atenţie din partea părintelui sau a altor persoane importante pentru el.
4. Copilul obţine recompense imediate în afara şcolii, ceea ce face ca plecarea de la şcoală şi implicarea în alte activităţi să fie mult mai recompensatoare/distractivă pentru copil decât participarea la orele de curs.

Primele două situaţii se referă la copiii care refuză şcoala pentru a evita ceva negativ.

- Cele mai comune exemple de lucruri care ţin de mediul şcolar, pe care copiii le evită sunt: sala de sport, curtea şcolii, holurile, anumite activităţi din clasă.
- Cele mai cunoscute exemple de persoane din şcoală care au legătură cu comportamentul de refuz al copiilor sunt: profesorii, copiii care se manifestă agresiv fizic şi verbal.
- Cele mai cunoscute exemple de situaţii de performare pe care copiii au tendinţa de a le evita sunt: testele, competiţiile sportive, vorbitul şi scrisul în faţa celorlalţi.

De reținut!
Adesea comportamentul de refuz se bazează pe ambele motive prezentate mai sus.

Ultimele două motive se referă la situaţii când copilul obţine o întărire pozitivă din afara şcolii.

- Copiii mici refuză să meargă la şcoală pentru a sta cu părinţii lor şi a primi atenţie.
- Copiii mai mari şi adolescenţii refuză uneori şcoala pentru lucruri specifice: să se uite la TV, să se întâlnească cu prietenii, să consume alcool sau alte droguri.

Uneori comportamentul de refuz are la bază două sau mai multe din motivele prezentate anterior. De exemplu, un copil care doreşte să evite anumite activităţi neplăcute de la şcoală rămâne acasă. Copilul poate descoperi acasă multe activităţi distractive pe care poate să le facă. Acest lucru îi întăreşte comportamentul de refuz. El va rămâne acasă atât pentru a evita situaţiile neplăcute de la şcoală cât şi pentru a desfăşura acasă activităţi care îi fac plăcere. În plus unii copii pot lipsi de la şcoală o perioadă foarte lungă de timp, pentru a fi cu prietenii iar când se întoarc la şcoală trebuie să facă faţă dificultăţilor care apar în situaţia de a învăţa într-o clasă nouă, de a avea noi colegi şi profesori.

Mecanisme ipotetice de dezvoltare și menținere a problemelor de refuz scolar:

Vulnerabilitatea biologică sau predispoziţia pentru dezvoltarea unor probleme emoţionale	Studiile pe gemeni, copii şi adolescenţi, au demonstrat că mai mult de 50% din variaţia simptomelor de anxietate poate fi explicată prin intermediul factorilor genetici.
Trăsături anxiogene	Tendinţa de a reacţiona anxios la stimuli şi situaţii potenţial ameninţătoare.
Schimbarea contextului de viaţă	Mutarea într-o casă nouă, într-o zonă nouă sau mutarea într-o şcoală nouă în aceeaşi zonă- factor declanşator.
Incidente traumatice	Trăirea unor evenimente negative acasă sau la şcoală (moartea cuiva drag, schimbarea şcolii).
Senzitivitate faţă de anxietate	Frica de anxietate legată de senzaţiile fizice care sunt intrepretate ca având consecinte somatice, psihologice sau sociale, potenţial periculoase (factor de menţinere).
Experienţe de învăţare	Ocazii de exersare frecventă a dificultăţilor de a merge la şcoală.
Condiţionarea	Reducerea anxietăţii determinată de evitarea situaţiilor care produc disconfort şi întărirea pozitivă primită când stă acasă - factor de menţinere.

(cont.)

Mecanisme ipotetice de dezvoltare și menținere a problemelor de refuz scolar *(cont.)*

Percepţiile şi cogniţiile eronate ale copilului	Aşteptările reduse faţă de abilităţile lor de a face faţă situaţiilor şi gânduri care declanşează anxietatea în situaţii ameninţatoare şi ambigue - factori declanşatori şi de menţinere.
Comportamente de evitare	Evită stimulii şi situaţiile sociale care le provoacă emoţii negative (întărire negativă).
Obtinerea unor beneficii	Obţine atenţie, timp petrecut cu părintele sau recompense tangibile (întărire pozitivă).
Stilul parental de creştere şi educare	O mare parte din comportamentele parentale pot contribui la dezvoltarea şi menţinerea anxietăţii (critica, hiperprotecţia, rejecţia)

Proceduri de intervenție

Intervenţia în comportamentele de refuz este realizată în funcţie de mecanismele care sunt implicate în declanşarea şi menţinerea refuzului.

Refuzul şcolar care este motivat de dorinţa de a evita emoţii negative asociate contextului şcolar (obiecte şi persoane din mediul şcolar care pun copilul în situaţia de a experimenta emoţii ca: frică, anxietate, panică, depresie).

Obiectivul intervenţiei este reducerea comportamentelor de evitare.

Intervenţia în acestă situaţie include următoarele direcţii de acţiune:

- stabilirea unei ierarhii a situaţiilor şi obiectelor din contextul şcolar care determină apariţia anxietăţii şi implicit a comportamentelor de evitare;
- învăţatea împreună cu copilul a unor tehnici de gestionare a simptomelor somatice în vederea descreşterii activării emoţionale negative;
- expunerea sistematică, pas cu pas, la itemii declanşatori de anxietate, identificaţi în ierarhia stabilită (de la cel cu potenţialul cel mai redus la cel mai puternic);
- Invăţarea copilului să-şi autoadministreze recompense în situaţiile în care a făcut faţă emoţiilor negative.

Achiziţiile copilului:

- Înţelege care este natura şi procesul anxietăţii (problemei cu care se confruntă);
- Abilităţi de monitorizare a comportamentului care îi permit să-şi observe reacţiile la anxietate, să identifice contextele în care aceste reacţii apar;

- Cunoaşte situaţiile şi activităţile care îi provoacă anxietate;
- Foloseşte tehnici simple de relaxare sau de control al respiraţiei pentru gestionarea simptomelor fizice;
- Identifică şi îşi modifică interpretările eronate ale unor situaţii;
- Practică pas cu pas expunerea la situaţii ce declanşeză anxietatea pentru schimbarea comportamentelor de evitare;
- Se autorecompensează, se laudă pentru a schimba gândurile negative care însoţesc anxietatea.

Intervenţia la şcoală

- Expunerea sistematică, pas cu pas, la itemii ce declanşează anxietate, identificaţi în ierarhia stabilită (de la cel cu potenţialul cel mai redus la cel mai puternic).
  De exemplu, stă în curtea şcolii, pe hol, la clasă; stă câteva ore din zi, apoi mai mult de jumătate din ore, în final la toate orele de curs.
- Identificarea nivelului de anxietete şi a comportamentelor de evitare la începutul expunerii.
- Încurajarea verbalizării emoţiei „mi-e frică" şi a simptomatologiei care apare.
- Menţinerea în situaţie până când nivelul de anxietate înregistrează o valoare mai scăzută.
- Dezvoltarea abilităţilor de reglare emoţională.

Ce pot face părinţii ?

- Exerciţii ale tehnicilor de relaxare si de control al respiratiei de cel puţin două ori pe zi.
  De exemplu, copilul este învăţat să inspire pe nas şi să expire pe gură cu sunetul SSSSSSSSSSSS;
- Expunerea zilnică a copilului la imagini cu situaţii care îi produc anxietate (filme, documentare);
- Expunerea copilului în vederea dezvoltării abilităţilor de a face faţa situaţiilor ambigue.
- Solicitarea copilului de a descrie ce înseamnă starea de rău. Acest lucru îi permite să se simtă mult mai în control decât dacă gândeşte că se simte rău.

În situaţiile în care copiii sunt dependenţi de prezenţa lor, părinţii pot:

- Să încurajeze copiii să dezvolte comportamentele de autonomie personală (să se îmbrace singuri, să se hrănească singuri etc.);
- Să creeze copiilor oportunităţi de a desfăşura activităţi în afara contextului familial, pentru a putea să stabilească relaţii de prietenie cu alţi copii;

- Să reducă comportamentele de asigurare (exemplu: sună pentru a verifica dacă nu s-a întîmplat nimic cu mama); părinţii pot stabili cu copilul perioade fixe în care este permisă manifestarea comportamentului. Pentru reducerea frecvenţei de manifestare a comportamentului, atât copiii cât şi părinţii au de respectat un **plan de desensibilizare**:
    - initial mama sau copilul pot suna la un interval de 90 min,
    - apoi de două ori ori dimineaţa şi o dată după amiaza,
    - apoi doar o dată dimineaţa,
    - după care nu se mai dă nici un telefon.

Acelaşi program îl pot urma părinţii atunci când merg undeva fără copil: prima dată sună la un interval de 90 min, apoi după două ore, apoi o dată într-un interval de 4 ore, apoi nu mai sună deloc.

Ce pot face părinţii când copiii au toleranţă scăzută la inconvenienţe cotidiene?

- Părintele ajunge cu 5 min mai târziu şi îi dă copilului o scuză plauzibilă (a fost blocat în trafic);
- Părintele ajunge cu 10 min mai târziu şi îi prezintă copilului o scuză;
- Părintele ajunge cu 10 min mai târziu şi nu-i prezintă copilului nici o scuză;
- Părintele ajunge cu 20 min mai târziu şi nu-i prezintă copilului nici o scuză;

Expunerea poate funcţiona până la 45 de minute şi se poate face doar dacă copilul a fost învăţat în prealabil ce să facă pentru a fi în siguranţa dacă părintele întârzie.

Ce pot face părinţii pentru a creşte toleranţa copiilor la senzaţiile fizice asociate anxietăţii?

- Implică copilul în activităţi fizice şi analizează împreună simptomele fizice care apar ca urmare a efortului şi modul în care copilul se simte. Aceste expuneri la efort care sunt însoţite de apariţia unor simptome pe care copiii le experimentează şi în anxietate, conduc prin expunere repetată la desensibilizare.
- Se stabileşte o ierarhie a senzaţiilor fizice care îl sperie pe copil şi se începe cu exerciţiile care produc cele mai puţine senzaţii comune cu cele care apar în anxietate.
- Copilul este angajat treptat în exerciţii care produc senzaţii din ce în ce mai intense.
- Se exersează zilnic cu copilul pentru a învăţa că aceste senzaţii sunt temporare, predictibile şi controlabile. Cel mai important lucru pentru un copil care are o senzitivitate la simptomele fizice este să înveţe că schimbarea stării fizice este normală şi nu are nici o consecinţă negativă pentru el.

Exerciţii	Senzaţii urmărite
Rotirea cu un scaun	Ameţeală
Alergatul sau urcatul scărilor	Respiraţie sacadată, accelerarea bătăilor inimii
Respiraţie printr-un pai	Respiraţie sacadată, tensiune la nivelul pieptului
Să se uite la o sursă de lumină şi apoi să citească.	Perturbarea vederii, absenţa contactului cu realitatea
Clatină capul dintr-o parte parte în alta	Ameţeală
Tensionarea tuturor muşchilor şi ţinerea lor în stare mare încordare	Tensiune musculară, furnicături
Hipervenţilaţie	Respiraţie sacadată, bătăi accelerate ale inimii, furnicături
Punerea capului pe genunchi şi ridicarea lui foarte rapidă.	Ameţeală, senzaţia de pierdere a contactului cu realitatea

- Identifică acele comportamente de asigurare pe care copilul le manifestă şi care au legatură cu tulburarea de panică (exemplu, poartă în geantă o pungă de hârtie pe care să o folosească pentru hiperventilaţie, are telefonul celular pregatit pentru a suna după ajutor în caz de nevoie etc.);
- Implică copiii în situaţiile pe care el le evită şi îi sprijină să renunţe treptat la comportamentele de asigurare (punga de hârtie, telefonul celular etc.).
- Concomitent cu intervenţia la şcoală, acasă părinţii vor implica copilul în cât mai multe activităţi fizice (mersul pe bicicletă) care determină senzaţii fizice puternice şi vor reduce astfel totodată timpul pe care copilul îl petrece stând în pat.

Ce pot face părinţii pentru copiii îngrijoraţi şi neliniştiţi din cauza performanţei?

- Să ofere copiilor contexte care să-i înveţe să experimenteze situaţii mai ''puţin perfecte'' sau ''mai puţin dorite'';
- Copilului care este hiperperfecţionist va fi încurajat de către părinţi să facă greşeli pe caietul de teme sau la activităţile sportive (să rateze poarta);
- Copilului care este foarte preocupat să arate perfect va fi încurajat de către părinţi să ceară să poarte ceva mai vechi, să nu folosească oglinda pentru a verifica cum arată;
- În cazul copiilor care caută în permanenţă asigurare din partea părintelui ar fi de dorit ca acesta să nu îi răspundă copilului cînd întreabă în mod repetat: ''Aşa e bine?'';

- Să modeleze comportamentul copilului faţă de greşeala, prin citirea unor poveşti şi analizarea comportamentelor personajelor (ex. „Teama de a greşi a Dorei”);
- Să recunoască în faţa copilului când greşeşte;
- Să trateze fiecare greşeală a copilului ca pe un moment de învăţare şi nu ca pe o catastrofă.

Ce pot face părinţii cu copiii care sunt preocupaţi de detalii şi au intoleranţă la schimbare?

- Părinţii pot să schimbe ordinea din planul de plimbare sau durata pe care copilul se aşteaptă să o petreacă într-un loc.
- După ce copilul începe să se obişnuiască, desensibilizarea se va realiza la un nivel şi mai profund, prin anularea a câte unui element din planul iniţial.
- La final părintele ar trebui să ajungă să anuleze tot planul de plimbare în ultimul minut fără a-l face cunoscut copilului acest lucru.

Concluzii:

- ✓ Un anumit grad de stres este normal în viaţa fiecărui om. Fiţi pregtiţi să lăsaţi copiii să experimenteze acestă emoţie şi să înveţe că nu se întâmplă nimic din ceea ce el nu ar putea să gestioneze.
- ✓ Evitaţi ironizarea copilului cînd îi este frică, ameninţatea sau ridiculizarea lui. Copilul are nevoie să se simtă înţeles.
- ✓ Folosiţi reflectarea sentimentelor şi încurajaţi copilul să verbalizeze modul în care se simte, ce gândeşte în fiecare situaţie când îi este frică.
- ✓ Evitaţi să îi spuneţi copilului cum ar trebui să se simtă: ‘’ nu are de ce să îţi fie frică, trebuie să fii curajos’’;
- ✓ Oferiţi copiilor modele adecvate de gestionare şi exprimare a emoţiei de frică.
- ✓ Încurajaţi iniţiativa şi acţiunile spontane ale copiilor.
- ✓ Reacţionaţi moderat la situaţiile care vă provoacă teamă, atunci când sunteţi în preajma copilului.

Refuzul care apare ca urmare intoleranţei copilului la situaţiile sociale, de performare, de evaluare - Paşi în intervenţie

- Identificarea lucrurilor pe care copilul le spune despre sine în situaţiile care provoacă anxietatea;
- Schimbarea gândurilor negative cu propoziţii utile care să asigure gestionarea situaţiei;
- Restructurarea cognitivă: înlocuirea gândurilor negative cu gânduri realiste şi pozitive;
- Expunerea gradată la situaţii sociale, care provoacă anxietate;
- Practicarea abilităţilor învăţate în situaţii reale de viaţă.

Ce pot face părinţii pentru copilul cu anxietate socială:

- Să ajute copilul să-şi identifice şi verbalizeze emoţiile şi gândurile asociate diverselor contexte pe care acesta le evită. Anxietatea socială este în sens larg, rezultatul unor gânduri sau autoevaluări negative. Copilul face anticipări negative cu privire la ceva rău ce s-ar putea să se întâmpla sau crede că ceilalţi vor râde şi îşi vor face o părere proastă despre el.
- Să stabilească acasă o rutină normală în ceea ce priveşte mersul la şcoală. Copilul va fi trezit cu aproximativ 90 de minute (minim 1 oră) mai devreme decât ora de începere a orelor. Rutina este stabilită şi nu poate fi modificată. Cât timp stă acasă, copilul trebuie să facă teme şi să participe la activităţi şcolare.
- Să ofere copilului contexte variate de petrecere a timpului liber, în care să întâlnească şi să interacţioneze cu copii de aceeaşi vârstă (să-şi exerseze abilităţile de interacţiune pozitivă);
- Să stabilească o zi pe săptămână în care colegii copilului să poată veni acasă pentru a se juca cu copilul. Acest context îi oferă copilului posibilitatea de a se juca şi de a exersa abilităţile sociale de interacţiune.
- Să menţină o bună comunicare cu personalul şcolii, pentru a-i informa despre expunerile şi situaţiile la care copilul a făcut faţă (să vorbescă mai mult în faţa celorlalţi, să ceară ajutorul cuiva atunci când are nevoie).

Intervenţia la clasă

- Profesorul va facilita progresul copilului în adoptarea unor comportamente sociale noi. Acest lucru se poate realiza prin desfăşurarea unor activităţi cu caracter ludic, în care copiii au ca obiectiv să exerseze diverse comportamente sociale: stabilirea contactului vizual, salutul, formularea unei cereri, atingerea socială, feedback-ul pe comportamente pozitive.

Refuzul şcolii pentru a obţine atenţie – Obiective de intervenţie

Intervenţia vizează familia. Obiectivul major este de a schimba atenţia de la comportamentele de refuz şcolar ale copilului la cele de frecventare a şcolii. Acest lucru presupune următoarele direcţii de acţiune:

- Schimbarea modului în care copilului i se spune să facă ceva;
- Stabilirea unor rutine zilnice;
- Stabilirea unor sancţiuni pentru comportamentele copilului de refuz şcolar;
- Stabilirea unor recompense pentru comportamentele de participare la cursuri.

Ce pot face părinţii pentru copilul lor care refuză să meargă la şcoală pentru a obţine atenţie

- Vor stabili o serie de rutine zilnice (rutina de dimineaţă de pregătire pentru şcoală);

- Vor acorda o atenţie deosebită în rutină, momentelor când copilul se trezeşte, se spală pe dinţi, se îmbracă, are activităţi suplimentare (de exemplu, se uită la TV) se pregăteşte pentru şcoală, pleacă la şcoală;
- Vor sancţiona comportamentul de refuz şi vor recompensa comportamentele de plecare şi participare la ore. Vor fi ignorate comportamentele de refuz (de pildă, crizele de furie, ţipetele, rugăminţile fierbinţi) şi se va acorda atenţie comportamentelor potrivite (coborâtul din pat, mâncatul micului dejun la timp);
- Se vor stabili sancţiuni clare pentru refuzul de participare la activitatea şcolară (ignorarea, excluderea, mersul la culcare mai devreme);
- Se vor stabili recompense clare pentru participarea la activităţi.
- Copilul va fi trezit cu 90 minute (minim 1 oră) mai devreme decât ora de începere a programului şcolar. Se vor desfăşura activităţi şcolare (scriere, citire, matematica) în ziua când stă acasă (durata activităţilor şcolare desfăşurate acasă trebuie să corespundă celei desfăşurate la şcoală).

II.4. ANXIETATEA SOCIALĂ

Ce este anxietatea socială?

Anxietatea/fobia socială (adesea cunoscută ca tulburare de evitare) reprezintă o teamă pronunţată şi persistentă care apare în situaţiile de interacţiune socială sau în situaţiile care presupun performare socială.

Copiii şi adolescenţii cu anxietate socială manifestă o teamă excesivă pentru situaţii sociale sau situaţii în care ei trebuie să performeze. Sunt foarte îngrijoraţi că vor face ceva ruşinos sau umilitor şi ceilalţi îşi vor forma o părere proastă despre ei (îi vor evalua negativ). Aceşti copii se simt în permanenţă observaţi, fapt care îi face să fie foarte conştienţi de tot ceea ce simt.

Prevalenţa tulburării

Anxietatea socială este una din cele mai frecvente tulburări de anxietate întâlnite la copii şi are o prevalenţă de 13% în populaţia generală. Studiile arată că acestă tulburare este foarte târziu identificată, cel mai adesea la vârsta adolescenţei, deşi debutează la vârste foarte fragede. Datorită consecinţelor pe care le are pe termen lung, identificarea şi intervenţia timpurie în anxietatea socială reprezintă o prioritate pentru specialiştii de sănătate mentală.

Studiile arată că în cazul copiilor, tulburarea se manifestă în 1-4% din cazuri. Valorile nu reprezintă realitatea deoarece foarte puţini copii ajung să solicite ajutorul de specialitate.

Frica de străini şi de situaţii nefamiliare

Frica de tot ceea ce este nou, reprezintă o etapă normală în dezvoltarea emoţională a fiecărui copil. În mod normal ea apare în jurul vârstei de 7-8 luni şi dispare în intervalul 12-15 luni.

Persoanele cu anxietate socială se tem de două mari categorii de situaţii:

Situaţii de performare socială, în care copiii simt că sunt observaţi de către ceilalţi	**Situaţii de interacţiune socială, în care copiii interacţionează cu alte persoane pentru a dezvolta relaţii apropiate**
• Vorbitul în public (prezentarea unei lucrări în faţă clasei), • Participarea în timpul orei (răspunsuri sau întrebări în timpul orei, cititul cu voce tare), • Mâncatul în faţa altor persoane, • Utilizarea toaletelor publice,	• Întâlnirea unor persoane noi, • Vorbitul către colegi sau prieteni, • Invitarea prietenilor să facă lucruri împreună, • Mersul la evenimente sociale (aniversări, petreceri), • Adresarea către adulţi (prieteni),

(cont.)

(cont.)

Situații de performare socială, în care copiii simt că sunt observați de către ceilalți	Situații de interacțiune socială, în care copiii interacționează cu alte persoane pentru a dezvolta relații apropiate
• Scrisul în fața altor persoane (la tablă), • Performarea unor activități în public (cântat pe scenă, activități sportive), • Intrarea într-o încăpere în care toată lumea s-a așezat deja.	• Întâlniri cu persoane de sex opus, • Vorbitul la telefon, • Exprimarea opiniei, • Lucrul în grup (la un proiect cu alți copii), • Comanda la un restaurant.

Unii copii se tem doar de o singură situație socială (ex. vorbitul în public), în timp ce alții se tem de mai multe situații sociale.

Cum recunoaștem anxietatea socială la copii și adolescenți?

Copiii și adolescenții care suferă de anxietate socială au următoarele simptome:

Reacții comportamentale:	Reacții emoționale:	Reacții cognitive:	Reacții somatice:
Comportamente de evitare: Evită contactul vizual; Evită interacțiunile cu persoane noi; Evită contextele în care pot întâlni persoane noi; Evită situațiile în care sunt observați de ceilalți (să mănânce în fața celorlalți, să vorbească în fața celorlalți etc);	Teama sau lipsa interesului în a încerca lucruri noi; Teama că vor face ceva rușinos sau umilitor; Teama că ceilalți își vor forma o părere proastă despre ei (îi vor evalua negativ); Teama de a vorbi persoanelor necunoscute; Se simt inconfor-tabil când sunt în centrul atenției;	Se îngrijorează că vor face ceva ruși-nos sau umilitor; Se îngrijorează de evaluarea negativă a celorlalți sau că ar putea fi judecați (în situații în care nu sunt evaluați); Se îngrijorează că ceilalți vor observa semnele anxietății (că s-au înroșit, că se bâlbâie); Gânduri de autodepreciere, autoblamare;	Studiile arată că adolescenții și copiii cu anxietate socială au tendința de a răspunde la evenimentele sociale stresante cu reacții somatice intense. Anxietatea socială este un factor predictor pentru apariția reacțiilor somatice pe termen lung (predictează apariția lor peste 1 an și jumătate):

(cont.)

(cont.)

Reacţii comportamentale:	**Reacţii emoţionale:**	**Reacţii cognitive:**	**Reacţii somatice:**
Evită să mai meargă la şcoală; Evită să se implice în activităţi noi ***Retragere socială:*** Stau singuri în locul de servirea mesei la şcoală; Stau singuri în pauze; Stau la marginea unui grup. ***Comportamente de asigurare:*** Crize de furie; Vorbesc bâlbâit sau în şoaptă; Au dificultăţi de a vorbi în public sau atunci când sunt numiţi la oră; Se separă cu dificultate de adulţi; Au puţini prieteni sau deloc; Ritualuri.	Se simt în perma- nenţă observaţi, fapt care îi face să fie foarte conştienţi de tot ceea ce simt; Furie; Depresie.	Gânduri care susţin inadecvarea persona-lă şi incompetenţa; Subestimează abilităţile sociale pe care le au. Nu au încredere în abili-tăţile lor de a inte-racţiona cu ceilalţi; Interpretează situaţiile sociale ambigue ca fiind ameninţătoare; Îşi focalizează atenţia pe sine în situaţiile sociale potenţial ameninţătoare, fapt care conduce la o conştientizare crescută a reacţiilor corporale care însoţesc anxietatea; Hipervigilenţă-scanează în permanenţă mediul extern pentru a identifica stimuli ameninţători; Îşi evaluează performanţa în funcţie de cum s-au simţit.	- Înroşirea fetei; - Uscarea gurii; - Transpiraţie; - Ameţeală; - Stari de vomă; - Dureri de cap; - Dureri de burtă.

Manifestări ale anxietăţii sociale pe grupe de vârstă

Simptomatologia care însoţeşte tulburarea de anxietate prezintă note caracteristice în funcţie de nivelul de dezvoltarea al copilului.

Majoritatea copiilor sau adolescenţilor cu anxietate socială sunt neobservaţi de profesori sau de părinţi. Aceşti copii nu au manifestări comportamentale evidente, ci încearcă să treacă neobservaţi. Ei sunt luaţi în considerare, şi problema lor are o şansă de a fi diagnosticată abia când încep să lipsească de la şcoală sau să ia note mici.

Preşcolarii şi Şcolarii mici	Şcolarii mari	Adolescenţii
Prezintă numeroase simptome fizice: plâng, scâncesc; Se agaţă de părinţi în situaţii sociale sau rămân "înmărmuriţi"; Refuză să participe la activităţi sociale sau să meargă la grădiniţă; Nu vorbesc în anumite situaţii (când întâlnesc o persoană nefamiliară).	Devin foarte conştienţi de ei înşişi şi se aşteptă ca lucrurile să meargă rău atunci când sunt în preajmă alţi copii; Sunt preocupaţi excesiv că ceilalţi se uită la ei sau vorbesc despre ei; Sunt preocupaţi (îngrijoraţi) şi dornici să facă lucrurile bine; Manifestă comportamente de evitatea a situaţiilor sociale dar într-o măsură mult mai mică decât adolescenţii; Prezintă un grad ridicat de stres cînd se expun la situaţii sociale pe care le interpretează ca fiind ameninţătoare; Manifestă comportamente de refuz şcolar. *Comportamentele de evitare a situaţiilor sociale se manifestă într-o măsură mai mică la copii faţă de adolescenţi datorită faptului ca părinţii sunt cei care aranjeză pentru copii contextele care favorizează interacţiunile iar copiii au posibilităţi mai reduse de evitare a lor.*	Se centrează pe gândurile de evaluare negativă despre ei înşişi. Evită contactul vizual; Lipsesc de la şcoală; Încep să consume alcool şi alte droguri dacă descoperă că îi ajută să fie dezinhibaţi; Prezintă un grad mare de stres când sunt expuşi la situaţii sociale; Situaţiile care prezintă cel mai mare grad de stres pe o scală de la 8 la 1 sunt: 8 – Întâlnirile; 7 – Mersul pe hol; 6 – Mâncatul în faţa celorlalţi; 5 – Activităţi de lucru în grup; 4 – Scrisul la tablă; 3 – Invitarea unui prieten pentru a petrece timp împreună; 2 – Participarea la activităţi sociale (petreceri); 1 – Punere de întrebări la ore şi participarea la orele de sport; Comportamentele de evitare înregistrează o rată mult mai mare la această vârstă.

Factori care conduc la dezvoltarea tulburării de anxietate socială

Vulnerabilitatea genetică

Studiile pe gemeni, copii şi adolescenţi, au demonstrat că factorii genetici au o pondere mai mare de 50% în apariţia simptomelor de anxietate

Vulnerabilitatea temperamentală

Inhibiţia comportamentală - tendinţa comportamentală de a reacţiona prin retragere, frică, reţinere, atunci când copilul se confruntă cu oameni şi situaţii necunoscute. Se estimează că aproximativ 15% dintre copii prezintă această tendinţă comportamentală.

Emoţionalitate negativă – factor de temperament sau personalitate care se referă la instabilitatea psihologică şi predilecţia pentru experienţe emoţionale negative. Copiii care prezintă un nivel înalt de emoţionalitate negativă sunt mult mai predispuşi spre internalizarea simptomelor psihopatologice incluzând frica şi anxietatea.

Senzitivitate faţă de anxietate – frica de anxietate, de senzaţiile fizice, care sunt intrepretate ca având consecinte somatice, psihologice sau sociale, potenţial periculoase. Copiii şi adolescenţii care au un nivel ridicat de senzitivitate faţă de anxietate sunt mult mai susceptibili de a dezvolta atacuri de panică sau alte tulburări de anxietate.

Relaţia de ataşament nesigur

Se referă la legătura primară nesigură între persoana de îngrijire şi copil. Copiii ataşaţi nesigur (în particular ambivalenţi), prezintă un risc crescut pentru dezvoltarea problemelor de anxietate. Numeroase studii au arătat că băieţii prezintă o vulnerabilitatea mai mare din prisma acestui factor (băieţii care au dezvoltat un ataşament ambivalent în mica copilărie prezintă simptome somatice la 6 ani, iar cei cu ataşament evitant şi ambivalent prezintă tendinţa de retragere socială).

Percepţiile şi cogniţiile eronate ale copilului:

- Percep mult mai frecvent ameninţarea (ca o consecinţa a hipervigilenţei);
- Fac predicţii ameninţătoare în situaţii sociale ambigue;
- Tendinţa de a interpreta situaţiile sociale ambigue într-un mod ameninţător;
- Tendinţa de a interpreta propriile performanţe mult mai critic decât o fac persoanele fără tulburări de anxietate;
- Aşteptările reduse faţă de abilităţile lor de a face faţa siţuatiilor sociale (subestimarea abilităţilor sociale de care dispun) şi supraestimarea probabilităţii de a trăi experienţe sociale negative;
- Îngrijorările despre situatiile de interactiune socială sau de performare socială - factori declanşatori şi de menţinere a anxietăţii sociale;

- Centrarea atenţiei pe sine, pe reacţiile fizice care însoţesc anxietatea, în detrimentul analizei stimulilor exteriori - factor de stimulare şi menţinere a anxietăţii;
- Autoexaminare, autoevaluare şi autoatribuire a cauzalităţii.

Istoricul psihiatric al părinţilor

Părinţii care au un nivel crescut de anxietate manifestă comportamente parentale specifice de întărire a anxietăţii, ceea ce conduce la creşterea vulnerabilităţii copilului pentru dezvoltarea tulburării de anxietate socială.

Evenimente stresante din viaţa copilului

Experinţele negative şi stresante trăite de copil în familie cresc probabilitatea pentru dezvoltarea problemelor de anxietate (certuri, conflicte maritale, divorţ, decesul unui părinte, etc.).

Experienţe negative în contexte sociale lărgite (lipsa de acceptare din partea colegilor, victimizarea de către colegi) – factor de dezvoltare şi menţinere a anxietăţii sociale.

Comportamentele parentale

O parte din comportamentele parentale pot contribui la dezvoltarea şi menţinerea anxietăţii sociale: critica, hiperprotecţia, rejecţia.

Hiperprotecţia – comportamentele de prevenire (prudenţă) excesivă şi de protecţie în absenţa unor cauze reale sau a unui motiv plauzibil se asociază cu nivele înalte ale anxietăţii sociale la copii. Studiile au arătat că adolescenţii cu fobie socială îşi percep într-o pondere mult mai mare părinţii ca fiind hiperprotectivi, faţă de cei fară anxietate socială.

Controlul pe care mama îl exercită asupra copilului în stadiile de dezvoltare care necesită manifestarea independenţei şi autonomiei (şcolaritatea mică) este un important factor de dezvoltare a anxietăţii sociale. Studiile indică o pondere de 40% a acestui factor în apariţia anxietăţii sociale, din totalul factorilor care au la bază comportamentul parental.

Controlul maternal se manifestă prin: intervenţii excesive în activităţile copilului, încurajări ale comportamentelor care menţin dependenţa de părinte, instruirea permanentă a copilului cu privire la ce trebuie să facă, cum să gândescă sau cum să simtă.

Studiile arată că:

- mamele care au o structură anxioasă sunt mult mai critice cu copiii lor şi încurajează mai puţin comportamentele de autonomie personală decât mamele care nu au o structură anxioasă;
- controlul parental (al mamei) are o influenţă mult mai puternică în apariţia anxietăţii sociale decât rejecţia;

- comportamentele mamei moderează relaţia dintre vulnerabilitatea temperamentală a copilului (inhibiţia comportamentală timpurie) şi retragerea socială care se manifestă la vârste mai mari; de exemplu, inhibiţia copilului mic faţă de copii de aceeaşi vârstă s-a menţinut la acelaşi nivel în preşcolaritate, în condiţiile în care mama a avut un comportament intruziv (controlul maternal);
- copiii care sunt ajutaţi în totalitate de mamă (hipercontrol) să rezolve o sarcină socială, experimentează un nivel crescut de anxietate când sunt puşi în situaţia de a face faţă singuri situaţiei respective, faţă de copiii care au primit doar un ajutor minimal;
- inhibiţia comportamentală a copilului poate fi factor declanşator al comportamentelor parentale, de hiperprotecţie şi control. Acest lucru conduce la stimularea şi menţinerea anxietăţii, deoarece determină la copil o creştere a credinţelor despre periculozitatea situaţiilor sociale şi despre deficitul abilităţilor sale de a le face faţă.

Modelarea comportamentelor copilului prin întărirea comportamentelor de evitare. Studiile arată că părinţii copiilor anxioşi agreează şi sprijină într-o măsură mult mai mare strategiile de evitare ale copiilor în situaţii sociale, comparativ cu părinţii copiilor fără anxietate.

Reacţia părinţilor la anxietatea copilului (ironia, invalidarea emoţiei copilului sau întărirea pozitivă a comportamentelor de evitare a separării) poate să reprezinte un factor de menţinere a anxietăţii de separare, deoarece întăresc şi amplifică frica.

Condiţionarea. Procesul de învăţare prin care un stimul prealabil neutru este perceput ca prevestind ceva negativ.

Intervenţii psihosociale în anxietatea socială:

- Traningul părinţilor;
- Intervenţii de grup (dezvoltarea abilităţilor sociale);
- Intervenţii cognitiv comportamentale individuale;

Studiile arată că intervenţiile cele mai eficiente în tulburarea de anxietate socială sunt cele cognitiv comportamentale. Intervenţia se realizează simultan la cele 3 nivele: în familie, la şcoală şi la nivel individual.

Trainingul familiei:

- Psihoeducaţia - informaţii exacte despre tulburarea de anxietate socială;
- Tehnici de gestionare a comportamentelor problematice (ex. crize de furie, comportamentele opoziţioniste, comportamentele de evitare);
- Recompensarea comportamentelor curajoase;
- Modalităţi adecvate de a răspunde la comportamentele extrem de anxioase ale copilului;

- Tehnici de gestionare a propriei anxietăţi;
- Validarea emoţională şi comunicarea adecvată cu copilul care are anxietate socială.

Intervenţii de grup (dezvoltarea abilităţilor sociale):
Exersarea abilitătilor de interacţiune socială (expunere la context social restrâns):

- Stabilirea contactului vizual;
- Iniţierea unei conversaţii;
- Lucrul în pereche;
- Lucrul în grup;
- Vorbitul faţă în faţă;
- Cititul în faţa grupului;

Intervenţii cognitiv comportamentale individuale:
- Psihoeducaţie,
- Restructurarea cognitivă,
- Modificare comportamentală (exerciţii de expunere, modelare comportamentală);

Recomandări pentru părinţi:
- Modelaţi comportamentul copilului dvs. prin modul în care interacţionaţi cu alte persoane (salutaţi persoanele, iniţiaţi o conversaţie cu vânzătoarea de la magazin);
- Modelaţi acceptarea emoţiilor de teamă ca fireşti, nu ca ruşinoase sau ameninţătoare; nu se recomandă ca părinţii să ascundă sau să nu recunoască emoţiile lor în situaţii sociale în faţă copilului;
- Nu vorbiţi în locul copilului. Încurajaţi-l pe el să răspundă la întrebări, să comande la restaurant etc.;
- Nu încurajaţi comportamentele de evitare; încurajaţi copilul să intre în situaţiile sociale pe care le evită (petreceri, jocul cu alţi copii, activităţi extraşcolare);
- Valorizaţi eforturile copilului de a face schimbări în comportamentul său;
- Nu pedepsiţi copilul pentru refuzuri sau evitări, nu-l ironizaţi, nu îl ameninţaţi cu expunerea publică, nu îi aduceţi injurii în public sau în particular;
- Încurajaţi copilul să exprime verbal emoţiile;
- Incurajaţi copilul să stabilească o relaţie de prietenie reciprocă cu un alt copil. Relaţia de prietenie este contexul în care copilul poate să vorbească deschis despre experienţele lui emoţionale şi să înveţe noi stategii de a le face faţă. Studiile arată că verbalizarea emoţiilor conduce la scăderea simptomelor fizice care însoţesc anxietatea;
- Ajutaţi copilul să evalueze corect realitatea concluziilor sale negative (dacă spune: „Nu merg la petrecere. Toţi vor râde de mine!”, puteţi să îl întrebaţi: ”Ce s-a întâmplat data trecută când ai fost la petrecere? A fost ceva ce ţi-a plăcut?”);

II.5. ATACUL DE PANICĂ

Atacurile de panică la copii reprezintă cel mai puţin recunoscut diagnostic în cadrul acestei populaţii. Adulţii au tendinţa de a minimiza sau de a nu înţelege atunci când copiii suferă de atacuri de panică. Dacă această tulburare nu este corect diagnosticată în copilărie, ea nu se remite, ci continuă şi în perioada de vârstă adultă. Atacurile de panică la copii sunt generate de mai mulţi factori: îngrijorări, teroare (frică acută extremă), ameninţări percepute în viitor.

Motivul pentru care atacurile de panică la copii nu sunt identificate este reprezentat de faptul că medicii investesc timp în a identifica cauza somatică a atacurilor de panică. Cel mai frecvent, copiii nu fac un atac de panică în cabinetul medicului şi se tem sau se ruşinează să recunoască că au stări intense de panică. De aceea este important ca medicul să îi întrebe pe părinţi despre toate simptomele şi modul specific în care copilul se manifestă în timpul unui episod de panică.

O dată diagnosticat, atacul de panică este o tulburare cu un prognostic foarte bun de tratament. Studiile arată că tratamentul adecvat poate reduce sau elimina complet atacurile de panică la 70%-90% dintre pacienţi. Prognosticul este cu atât mai bun cu cât tulburarea este identificată mai devreme. Dificultatea provine din faptul că doar o persoană din trei, care suferă de atacuri de panică, primeşte astăzi un tratament adecvat. Peste 90% dintre pacienţi au convingerea că au o boală somatică şi se prezintă la neurolog (44%), cardiolog (39%) şi la gastroenterolog (33%).

Tulburarea de atac panică este foarte frecventă. Cel puţin una din 63 de persoane suferă de atac de panică. Prevalenţa tulburării este de 3%-7% în populaţia generală. Deşi atacurile de panică nu reprezintă o ameninţare imediată la viaţa pacientului, acestea au consecinţe mult mai grave decât multe dintre condiţiile medicale severe:

Cât de grav este când tulburarea de panică rămâne netratată

Multe dintre persoanele care suferă de atac de panică încep să se teamă de situaţiile sau locurile în care atacurile de panică apar, şi ajung să le evite. Aceste persoane trăiesc într-o frică continuă şi îşi limitează drastic activităţile obişnuite: mersul la cumpărături, călătoriile sau chiar plecatul de acasă (condiţie cunoscută sub numele de atac de panică cu agorafobie).

Atacurile de panică pot afecta radical viaţa, independenţa. Copiii mai mici dezvoltă teama de a merge la şcoală sau de a rămâne singuri în absenţa părinţilor.

Adolescenţii care suferă de atac de panică pot recurge la alcool, droguri sau pot consuma în mod abuziv alte substanţe anxiolitice pentru a-şi elimina sau controla frica.

Multe persoane care suferă de atac de panică dezvoltă depresie, gânduri suicidare. Unele studii arată că 20% dintre persoanele care suferă de atac de panică au tentative de suicid.

Tulburarea de panică netratată poate creşte morbiditatea; de exemplu, persoanele care suferă de atac de panică au tensiune mai mare şi dacă suferă de boli cardiace pot face diverse complicaţii.

Când putem pune diagnosticul de tulburare de panică?

Atacul de panică este o experienţă tulburătoare, în cursul căreia apar multe simptome fizice. Ele ating intensitatea maximă în aproximativ 10 minute şi implică în special manifestări ale sistemului nervos simpatic. Pe lângă simptomele fizice, apar o serie de simptome cognitive şi emoţionale: persoanele trăiesc o frică foarte intensă şi se gândesc că vor muri, vor înnebuni, vor pierde controlul.

Simptomele atacului de panică

Simptome cardiovasculare:
- Palpitaţii, ritm cardiac accelerat (senzaţia că inima bate "nebuneşte");
- Transpiraţii;
- Dureri în piept;

Simptome respiratorii:
- Senzaţie de sufocare, respiraţie neregulată;

Simptome gastrointestinale:
- Senzaţie de greaţă, vomă sau dureri de burtă;

Simptome neurovegetative:
- Ameţeli, pierderea echilibrului, senzaţie de leşin;
- Senzaţia de înec;
- Tremurături;
- Senzaţia de amorţeală sau furnicături;
- Frisoane sau puseuri de căldură;

Simptome psihologice:
- Sentimentul că lumea nu e reală, sentimentul de detaşare de sine;
- Teamă de a nu pierde controlul sau de a înnebuni;
- Teamă de a nu muri;

Prezenţa a 4 simptome din cele 13, permite diagnosticarea atacului de panică conform *Manualului de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale DSM IV.*

Diagnosticul de atac de panică se poate pune dacă nu există o explicaţie somatică pentru simptomele fizice şi dacă apar cel puţin una dintre următoarele caracteristici:

1. îngrijorare persistentă în legătură cu apariţia unui nou atac, numită anxietate anticipatorie;
2. îngrijorare despre implicaţiile atacului de panică şi consecinţele lui (o consecinţă medicală catastrofică - voi face un atac de cord sau o boală mentală gravă; îmi voi pierde minţile);
3. modificări semnificative în comportament din cauza atacurilor de panică.

Atacul de panică poate fi diagnosticat împreună cu alte tulburări somatic, dacă apare teama faţă de simptome sau de consecinţele catastrofice.

Pentru a elimina cauzele somatice ale simptomelor, **diagnosticul diferenţial** se face cu:

Simptome ale atacului de panică	Posibile cauze medicale
Durere în piept	Angină Infarct miocardic Inflamarea articulaţiei costocondrale Pleurită/Pneumonie
Respiraţie întretăiată	Hiperventilaţie Embolism pulmonar Insuficienţă cardiacă congestivă Boală obstructivă pulmonară cronică
Palpitaţii	Tahicardie cardiacă paroxistică Tahicardie supraventriculară Prolaps de valvă mitrală Contracţii ventriculare paroxistice Contracţii atriale paroxistice Hipertiroidism Hipoglicemie Feocromocitom
Ameţeală	Hipertensiune ortostatică Anemie acută Vertij poziţional benign Boala Meniere Labirintită acută
Amorţeală **Nervozitate**	Hiperventilaţie Hipertiroidism Hipoglicemie

Recunoașterea atacului de panică la copii

- Copiii, în special dacă sunt foarte mici, au dificultăţi în a descrie simptomele. Ei descriu în special simptomele fizice ale atacului de panică (inima bate repede, dureri de stomac, stare de greaţă, dureri de piept) şi nu simptomele psihologice (teama de a înnebuni). Adolescenţii sunt mult mai abili în a descrie ce simt în timpul unui atac de panică.
- Copiii şi adolescenţii care au un atac de panică, devin brusc speriaţi sau înspăimântaţi fără un motiv evident. Ei au sentimentul că ceva nu este în regulă sau că ceva rău se va întâmpla, dar nu au abilitatea de a identifica exact ce se va întâmpla.
- ***Frecvent, copiii şi adolescenţii se ruşinează de simptomele lor şi nu doresc să discute deschis despre ce se întâmplă.***
- Copiii şi adolescenţii încep să evite participarea în activităţi care cred că declanşează atacurile de panică, precum: să meargă prin tunel, să fie în locuri aglomerate, să participe la activităţi fizice (alergat).
- Copiii fac diverse comportamente pentru a se simţi în siguranţă, precum: merg sau călătoresc împreună cu cineva în care au încredere, stau în locuri în care pot fi văzuţi sau pot păstra contactul vizual cu persoana de încredere.
- Copiii şi adolescenţii pot trăi mai multe atacuri de panică acasă decât la şcoală, deoarece simt o mai mică presiune de a-şi ascunde simptomele acasă decât la şcoală.

Întrebări utile în stabilirea diagnosticului de atac de panică:

- Aţi avut pentru o scurtă perioadă – secunde sau minute - o stare foarte intensă de panică sau teroare însoţită de bătăi accelerate ale inimii, senzaţie de sufocare, sau ameţeală ? Dacă răspunsul este da, se identifică atacul de panică.
- Ce simţiţi în legătură cu stările de panică sau în legătură cu simptomele ? Pacienţii cu atac de panică descriu în special simptomele fizice, nu şi emoţiile legate de simptome. Dacă pacientul exprimă teamă faţă de simptome, se identifică atacul de panică.
- Anxietatea este intermitentă sau constantă ? Dacă anxietatea este intermitentă, este posibil ca pacientul să sufere de probleme cardiace (aritmie, tahicardie supraventriculară, fibrilaţie arterială) sau epilepsie.
- Tahicardia se menţine şi în timpul somnului ? Dacă da, este posibil ca pacientul să sufere de hipertiroidism.
- Sunt anumite situaţii pe care le evitaţi sau vă este foarte greu/,teamă atunci când sunteţi în acele situaţii ? Dacă răspunsul este da, se identifică atacul de panică.
- Aţi avut în ultimele luni evenimente foarte stresante, ca de exemplu un deces al cuiva apropiat, divorţ, naşterea unui copil, o operaţie, schimbarea locuinţei etc.?

La persoanele care au o vulnerabilitate crescută, atacul de panică poate apărea ca urmare a unor evenimente foarte solicitante sau stresante.

Situaţia cel mai frecvent întâlnită este diagnosticarea pacienţilor cu atac de panică cu „sindrom neurovegetativ”, sau referirea lor către serviciile de cardiologie, deoarece simptomele cel mai frecvent raportate de pacienţi sunt cele cardiace. Studiile arată că 16%-25% dintre pacienţii de cardiologie cu dureri de piept şi 15%-20% dintre pacienţii cu palpitaţii îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru atacul de panică şi obţin rezultate normale la investigaţii.

Cum comunicăm diagnosticul de atac de panică?

Simpla reasigurare a pacienţilor că simptomele lor nu au o cauză organică nu este suficientă pentru a le elimina simptomele. 50% continuă să prezinte simptome şi să consulte în continuare medicul pentru a-şi rezolva simptomatologia. În cazul în care pacienţii primesc medicaţie cardiacă, aceasta este ineficientă pentru reducerea simptomelor; 75% dintre pacienţi prezintă în continuare simptome accentuate.

Comunicarea diagnosticului are un rol central deoarece aceşti pacienţi sunt reticenţi în a urma un tratament şi pun la îndoială opinia medicală. Pentru a putea stabili o relaţie utilă cu pacientul este important ca pacientul să primească mesajul că s-a înţeles cât de serioasă este problema pentru el precum şi faptul că este o problemă reală.

Se evită formulările care pot desconsidera dificultăţile pacientului cu această tulburare, de tipul: „Nu ai de ce să te îngrjiorezi”, „Eşti doar o fire mai sensibilă”.

Pacienţii au nevoie să audă că ceea ce trăiesc ei este o boală cunoscută şi tratabilă; acest lucru le oferă confortul emoţional şi îi mobilizează pentru tratament. De exemplu, următorul mesaj are un impact pozitiv crescut asupra: „Starea dumneavoastră reprezintă o condiţie medicală care poate fi tratată, se numeşte tulburare de panică sau atac de panică. Fără tratament se poate agrava. Aveţi nevoie de asistenţă de specialitate pentru a vă face bine, exact ca în cazul oricărei alte boli serioase.”

Dacă au mai multe informaţii despre atacul de panică, pacienţii reuşesc să-şi depăşească mai uşor frica, ruşinea pe care o simt deseori faţă de faptul că au această boală şi scepticismul faţă de tratament.

Deseori oamenii se gândesc că boala este din vina lor şi sunt copleşiţi de sentimente de vină sau de ruşine, care le complică situaţia. De aceea este important să transmitem pacientului şi familiei câteva informaţii de bază despre boală: „Atacul de panică are cauze atât biologice cât şi psihologice, nu este vina ta că trăieşti stările acestea”.

De asemenea, pacienţii se simt mult mai liniştiţi dacă aud că această boală nu este ceva rar, neobişnuit şi ciudat. Le puteţi spune că: „Milioane de oameni suferă de atac de panică. În fiecare an, 30%-40% din populaţia globului are un atac de panică”.

Subliniaţi faptul că tratamentul face o diferenţă semnificativă în viaţa adolescenţilor în doar câteva săptămâni şi că este importantă participarea lor activă în tratament. Este important să le fie prezentate modalităţile de tratament în atacul de panică: terapia psihologică şi medicaţia. „Tratamentul cel mai eficient în atacul de panică medicaţia şi terapia psihologică”. Referiţi pacientul la specialiști pentru a putea accesa tratamentul adecvat.

Oferiţi pacientului şi familiei câteva recomandări pe care să le urmeze în caz de atac de panică. Recomandaţi familiei şi copilului să identifice care sunt primele simptome ale unui atac de panică şi să ia măsuri deîndată ce ele apar:

- Hiperventilaţia accentuează starea de panică. Monitorizaţi modul în care copilul respiră în timpul atacului de panică şi indicaţi să respire pe nas, numărând de la 1 la 3 pe fiecare inspiraţie şi expiraţie.
- Dacă se poate, copilul va rămâne acolo unde este până trece starea de panică; ea va fi intensă timp de maxim 3 minute după care se va reduce, dacă respiraţia se face corect. Nu se recomandă să fugă spre un loc „sigur”.
- Indicaţi copilului şi familiei că senzaţiile pe care le simte şi gândurile care îi vin în minte sunt un semn al atacului de panică şi vor trece. Dacă copilul este suficient de mare, poate observa cum trece timpul urmărind ceasul de la mână. Poate simţi că durează o eternitate, dar în mod obişnuit nu durează decât câteva minute.
- Atenţia va fi centrată pe ceva exterior, vizibil şi neameninţător (de exemplu, într-un supermarket, pe reviste sau prescripţiile de pe etichete).
- Recomandaţi familiei să valideze starea emoţională a copilului. Nu se minimizează şi nu se neagă teama pe care copilul o simte. Se elimină exprimările de tipul: „nu-i nimic, o să treacă”.
- Recomandaţi familiei, după un episod de panică, să continue activităţile obişnuite ale zilei (mersul la şcoală, joacă, etc).
- Apreciaţi şi valorizaţi copilul pentru că a făcut faţă stării de anxietate puternice.
- Recomandaţi familiei să nu pedepsească în vreun fel copilul pentru modul în care se simte şi se manifestă: să nu îi ceară să înceteze, să nu îl critice, să nu îl lovească, etc.

Este important ca familia să înţeleagă că atacul de panică este o boală reală, nu o problemă de disciplinare. De asemenea este util pentru tratament ca familia să nu protejeze excesiv pacientul sau să îi acorde o atenţie deosebită numai ca urmare a faptului că apare un atac de panică. Acest lucru creşte probabilitatea de reapariţie a atacurilor de panică şi de menţinere a lor.

II.6. TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

Multi copii vor dezvolta tulburarea obsesiv compulsivă la vârste cuprinse între **7 şi 12 ani.** Mulţi adulţi cu tulburare obsesiv compulsivă declară că simptomele lor au început încă din copilarie. Înainte de vârsta de 12 ani tulburarea obsesiv compulsivă este mai frecventă la băieţi, însă după pubertate apare în egală masură la fete sau băieţi.

În timp, simptomele tulburării obsesiv compulsive se pot schimba, de exemplu copilul poate începe în copilărie cu spălatul compulsiv iar mai târziu să dezvolte un comportament compulsiv de verificare şi să înceteze cu spălatul în manieră compulsivă.

Recunoașterea tulburării obsesiv-compulsive la copii

Ce sunt obsesiile?

Obsesiile sunt gânduri, imagini sau impulsuri nedorite şi deranjante (disturbante) care apar în minte şi declanşează un grad mare de anxietate. Există mai multe tipuri de obsesii şi copiii pot avea unul sau mai multe dintre acestea. Cele mai frecvente tipuri de obsesii sunt:

- **Frica de contaminare:** frica de a intra în contact cu germeni, de a se îmbolnăvi sau de a îmbolnăvi pe alţii după ce au atins obiecte „murdare" sau „contaminate", substanţe lipicioase sau chimicale (de ex. substanţele de curăţenie).
- **Frica de a se răni pe el sau pe alţii:** frica de a răni pe alţii din neatenţie. De exemplu: „dacă nu am curăţat bine calculatorul şi sunt încă microbi pe el şi mama se va îmbolnăvi din cauza mea".
- **Frica de a răni pe alţii în mod intenţionat**: unii copii şi adolescenţi au gânduri de a face rău altora sau alte gânduri nepotrivite (de exemplu, să înjure în biserică, să facă cuiva rău în somn). Aceste gânduri produc o mare anxietate. Copiii nu vor pune nicioadată în aplicare astfel de gânduri, pe care le găsesc dezgustătoare şi respingătoare.
- **Obsesia pentru simetrie şi exactitate.** Nevoia de a avea lucrurile ordonate într-un anume fel (de exemplu, ordonate după culoare, mărime, sau orientarea cu faţa către o anume direcţie). Copiii şi adolescenţii cu acest tip de obsesie sunt ei însişi anxioşi pentru că „tot nu este bine" sau datorită superstiţiei că ceva rău se va întâmpla (de exemplu: dacă pantofii mei nu sunt aşezaţi cum trebuie, mama mea o să moară). Adesea conţinutul acestor obsesii sună foarte bizar. Cei mai mulţi dintre copii sunt conştienţi că aceste gânduri sunt ciudate, dar nu toţi; pentru unii dintre ei sunt fireşti. Cei mai mulţi copii de vârstă mai mică nu-şi dau seama că obsesiile lor sunt stranii pentru ceilalţi.

Ce sunt compulsiile?

Compulsiile sunt **comportamente sau acţiuni mentale** pe care copiii au o mare nevoie de a le activa pentru a-şi reduce anxietatea. Adesea, compulsiile se desfaşoară într-o manieră ritualică. Copiii şi tinerii pot avea propriul lor mod de a-şi practica compulsia (de exemplu, îşi spală mâna dreaptă înaintea celei stângi); dacă ritualul nu este executat corect se reia întreaga compulsie.

Cele mai întâlnite compulsii sunt:

- **Spălatul compulsiv:** spălarea excesivă a mâinilor, uneori până la jupuirea şi sângerarea lor. Există mai multe tipuri de comportamente de spălare, incluzând:
  - Ritualuri în folosirea toaletei (stergerea excesivă).
  - Ritualuri în curaţarea şi spălarea dinţilor (perierea fiecărui dinte într-o anumită ordine).
  - Ritualuri în baia zilnică (spălarea fiecărei părţi a corpului de un anumit număr de ori şi într-o anumită ordine).
- **Compulsia curăţeniei:** ritualuri şi reguli pentru spălarea lenjeriei, curăţarea băii, a bucătăriei etc.).
- **Compulsii de verificare.** Acest tip de compulsii se referă la verificarea uşilor, a încuietorilor, a dispozitivelor, asigurarea că totul este închis şi scos din priză. Unii copii şi adolescenţi vor verifica pentru a fi siguri că toată lumea este în regulă. De exemplu, strigă fiecare membru al familiei pentru „a verifica” daca sunt în siguranţă.
- **Compulsii sau ritualuri de numărare înregistrare, atingere sau frecare.** Compulsiile implică numărări, atingeri sau înregistrări ale obiectelor într-un anume fel. Unii copii şi adolescenţi au numere norocoase şi ghinioniste în ritualurile lor (de exemplu, trebuie să atingă uşa de patru ori înainte de a ieşi din cameră).
- **Compulsii de ordonare şi aranjare**. Acestea constau în aranjarea într-un anume fel a obiectelor, hainelor, animalelor de pluş sau cărţilor în dulapul şcolii sau în ghiozdan. De exemplu, copilul simte nevoia să aşeze pantofii în dulap în aşa fel încat să fie toţi cu faţa înainte şi să se asorteze după culoare.
- **Compulsii sau ritualuri mentale.** Nu toţi copiii şi adolescenţii cu tulburare obsesiv compulsivă au simptome care pot fi observate. Unii practică ritualuri în minte, cum ar fi rugăciuni, sau încearcă să înlocuiască o imagine sau un gând „greşit” cu o imagine sau gând „bun”. De exemplu un adolescent poate avea o rugăciune de seară pe care o repetă iar şi iar până când anxietatea scade sau „se simte în regulă”.
- **Nevoia de a spune sau a se confesa**. Unora dintre copii sau adolescenţi le este teamă că au făcut sau gândit ceva rău şi simt o copleşitoare urgenţă de a spune unui membru al familiei. Tinerii şi adolescenţii cu acest tip de compulsie vor căuta reasigurări că totul este OK („Tot mă mai iubeşti chiar dacă am gândit rău?”).

Ce alte comportamente apar la copii cu tulburare obsesiv compulsiva?

Evitare: Copiii şi tinerii cu tulburare obsesiv compulsivă petrec mult timp şi fac eforturi deosebite pentru a evita orice le-ar putea activa tulburarea. De exemplu, evită să dea mâna cu ceilalţi sau să atingă mânerele uşilor. Uneori evitarea poate fi atât de severă încât copilul evită şcoala sau chiar să plece din casă.

Căutarea reasigurărilor: Cel mai frecvent comportament constă în căutarea reasigurărilor din partea membrilor familiei, în special a părinţilor. Ei vor solicita în special reasigurări cu privire la modul în care îşi îndeplinesc ritualul (de exemplu: „ e curat? eşti sigur?”).

Implicarea familiei în ritualuri. Unul dintre cele mai frustrante lucruri pentru părinţi este faptul că ajung să fie implicaţi în aceste ritualuri şi asta se întâmplă pentru că adolescenţii şi copiii ajung să fie atât de tulburaţi şi anxioşi încât membrii familiei îi urmează. De exemplu, le cer părinţilor să-i spele în mod deosebit (să spele mâinile cu înălbitor) sau să vină frecvent acasă pentru a fi siguri că nu li s-a întâmplat nimic rău.

Ce nu este tulburare obsesiv compulsivă

În dezvoltarea normală a copiilor mici este firesc să apară ritualuri şi superstiţii. De exemplu, mulţi copii vor mânca într-o anumită ordine sau vor avea superstiţii despre hainele lor (punerea pantofului stâng înaintea celui drept).

Cum comunicăm diagnosticul de tulburare obsesiv-compulsivă?

Educaţi părinţii şi recomandaţi-le:

- Tulburarea obsesiv compulsivă poate invada cu uşurinţă viaţa copilului. Un prim pas în ajutorul pe care îl veţi da în această situaţie este să-l îndrumaţi pe copilul să privească tulburarea obsesiv compulsivă ca pe o existenţă aparte şi nu ca pe un defect. Pentru a face asta, încurajaţi-l să privească tulburarea obsesiv compulsivă ca pe un inamic care încearca să-l controleze şi să-i spună ce să facă.
- Daţi un nume acestui intrus, ca de exemplu „gazda insistentă”, ”parazitul”, sau „monstrul OCD”; puteţi astfel să vorbţi cu copilul despre tulburarea obsesiv compulsivă fără a se simţi jignit de asta. Ca de exemplu: ”se pare că inamicul OCD este în preajma ta astăzi şi te terorizează”.
- Schimbaţi sau amânaţi ritualurile. Acest procedeu este util în special cu copiii mici. Odată ce aţi început să vă ajutaţi copilul să convieţuiască cu această tulburare, ca o primă încercare de a domina tulburarea, cereţi-i să amâne sau să schimbe câte puţin ritualurile. De exemplu: „hai să încercăm să preluăm controlul şi să amânăm 5 minute până ne spălam mâinile” sau „ hai să încercăm să punem mai întâi şoseta dreaptă şi apoi pe cea stângă”. După aceea lăudaţi-l pentru realizare şi amintiţi-i că numai astfel poate domina.

- Este bine să-i amintiţi copilului ori de câte ori tulburarea obsesiv compulsivă se manifestă. De exemplu „am văzut că îţi aşezi şosetele în sertar. Este iar în vizită inamicul?";
- Nu uitaţi să-l recompensaţi şi să-l lăudaţi pentru orice încercare de a învinge ritualurile.
- Deoarece copiii cu tulburare obsesiv compulsivă caută frecvent reasigurări de la părinţi, este util să folosiţi această oportunitate pentru a reduce comportamentele de reasigurare. Când copilul dumneavoastră cere reasigurări ("eşti sigur că bucătăria este curată?"), îi puteţi răspunde:
  - „Şi ce dacă nu este complet curată? Ce se poate întâmpla?"
- Dacă copilul devine foarte anxios, reamintiţi-i că tulburarea obsesiv compulsivă devine un inamic şi poate alege să folosească o unealtă din cutia cu instrumente (soluţii împotriva tulburării).
  - Îi puteţi acorda copilului reasigurări o singură dată; dacă întreabă din nou răspundeţi-i: „Ţi-am răspuns deja la această întrebare. Foloseşte cutia cu instrumente împotriva inamicului".
- Rezolvarea fricii: ***expunere şi prevenirea răspunsului***. Cel mai important efort este cel depus de copil pentru a face faţă fricilor sale. Acest lucru implică realizarea unei **liste** cu toate **ritualurile** copilului (spălarea mâinilor, verificarea uşilor) şi a unei liste cu ***situaţiile în care copilul îndeplineşte aceste ritualuri*** (când atinge mânerele uşilor sau când merge la culcare). În tulburarea obsesiv compulsivă acest lucru se numeşte „expunere şi prevenirea răspunsului", deoarece copiii şi adolescenţi au nevoie să-şi înfrunte frica (atingerea mânerului de la uşă), iar apoi să nu execute compulsia (să-şi spele mâinile). Înfruntarea fricii este partea de expunere iar neîndeplinirea compulsiei este prevenirea răspunsului. Progresiv copilul va începe să rărească aceste comportamente prin neîndeplinirea compulsiilor şi tolerarea anxietăţii până ce aceasta se va diminua. Acest instrument este probabil unul dintre cele mai eficiente din „cutia cu instrumente".
- Întrucât este greu să gestionezi (controlezi) tulburarea obsesiv compulsivă copilul are nevoie de foarte multe încurajări. Câteva recompense utile pot fi:
  - Remarcaţi de fiecare dată când copilul dumneavoastră are un succes, prin marcarea pe un panou.
  - Laude verbale: „ai făcut o treabă foarte bună", „sunt atât de mândră de tine", „uită-te cât eşti de grozavă".
  - Recompense acasă: mai mult timp la tv, mai mult timp în familie, diverse jocuri amuzante, masa la restaurantul preferat sau o jucărie nouă. Unele recompense trebuie să fie pe termen lung. De exemplu: „când vei reuşi să domini obsesiile şi compulsiile întreaga zi şi nu vei verifica nici o uşă, vom merge la magazinul de jucării şi-ţi vom cumpăra un nou joc video".

II.7. STRESUL POSTTRAUMATIC

Tulburarea de stres posttraumatic (PTSD) este o tulburarare de anxietate care poate să apară în urma trăirii unei traume majore (ca subiect sau ca martor). Copiii şi adolescenţii cu PTSD pot avea o mulţime de simptome ce se pot încadra în următoarele trei categorii:

1. Retrăirea traumei într-un anume fel;
2. Încercări de a evita orice i-ar aminti de evenimentul traumatic;
3. Anxietate foarte mare; se sperie din orice (se sperie uşor).

De obicei copiii şi adolescenţii cu PTSD au simptome din toate cele trei categorii.

Deşi 15-43% dintre copii vor trăi un eveniment traumatizant de-a lungul vieţii, mulţi dintre aceştia nu vor dezvolta PTSD.

Riscul de a dezvolta PTSD creşte odată cu severitatea evenimentului traumatic. De exemplu, mulţi copii care au fost martorii unui atac sau morţii unui părinte, vor suferi mai târziu de PTSD.

Copiii cu PTSD pot manifesta în egală măsură inclusiv depresii, alte probleme de anxietate sau comportamente de izolare. În rândul adolescenţilor cu PTSD sunt frecvent întâlnite probleme cu consumul de substanţe (alcool, droguri).

Ce fel de traume duc la PTSD?

Sunt diferite traume care pot duce mai târziu la PTSD în rândul copiilor şi adolescenţilor, dar ceea ce au ele în comun este:

- ✓ Trauma i-a ameninţat viaţa sau a implicat vătămări potenţiale sau reale.
- ✓ Copilul sau adolescentul a reacţionat printr-o frică intensă, neajutorare sau teroare.
- ✓ Copiii şi adolescenţii pot dezvolta PTSD dacă au fost direct implicaţi sau dacă au fost martorii unui eveniment traumatic.

Cele mai frecvente traume includ:

- ✓ Să fie implicat sau să fie martorul unui accident de maşină.
- ✓ Să fie supus unei operaţii majore (transplant de măduvă, spitalizare îndelungată, arsuri severe).
- ✓ Implicarea sau martorul unui dezastru natural (cutremure, uragane, inundaţii, incendii).
- ✓ Crime violente (răpiri, jafuri, atacul sau uciderea unui părinte sau persoană iubită).
- ✓ Violenţa din comunitate (atacuri la şcoală, sinuciderea unui prieten, membru al familiei sau a unui copil de aceeaşi vârstă).
- ✓ Abuz fizic sau sexual îndelungat (cronic).

Recunoașterea stresului posttraumatic la copii

Pentru a putea fi diagnosticat cu PTSD copilul sau adolescentul trebuie să prezinte cel putin un simptom din fiecare din următoarele trei categorii.

1. Simptome ale retrăirii traumei

Amintiri supărătoare despre traumă, care implică de obicei retrăirea sau imagini vii despre traumă. De exemplu, un copil sau un adolescent ce a fost implicat într-un accident de maşină îşi reaminteşte imaginea sângelui pe faţa părintelui. La copiii mici aceste simptome se manifestă prin jocuri repetitive pe teme ce amintesc de traumă (desenează accidente de maşină sau loveşte jucăriile între ele ca într-un accident de maşină).

Coşmaruri despre trauma. La copiii mici coşmarurile pot să nu fie despre trauma în sine (accident de maşină) ci pot fi înlocuite de coşmaruri despre monstrii care îl urmăresc.

Se comportă ca şi cum evenimentul traumatic ar avea loc („retrăirea traumei"). Aceste manifestări pot fi sub forma unor flash-uri care apar şi care-l fac să piardă legătura cu prezentul; copiii vorbesc şi acţionează ca şi cum evenimentul traumatic se întamplă în prezent. Copiii mici cu aceste simptome se vor implica în regizarea unor aspecte ale evenimentului traumatic. De exemplu, dacă un copil a fost prins într-o maşină, va pretinde în jocul lui că este captiv într-un spaţiu mic (o cutie, un dulap).

Devine anxios când îşi reaminteşte evenimentul traumatic. Copiii şi tinerii cu aceste simptome devin foarte anxioşi (plâng, se agită) când văd sau aud lucruri care-i amintesc de evenimentul traumatic (de exemplu, când sunt într-o maşină şi aud zgomotul cauciucurilor în frânare).

2. Simptome de evitare

Evitarea amintirilor despre traumă. Copiii şi adolescenţii cu PTSD evită adesea orice le-ar putea aminti despre ceea ce s-a întâmplat, cum ar fi:

- Circumstanţe (data evenimentului, haine purtate atunci, locul unde a avut loc evenimentul traumatic);
- Lucruri asociate cu evenimentul traumatic (să meargă cu maşina, dacă evenimentul traumatic a fost un accident de maşină);
- Semnalări ale pericolului (show-uri tv despre violenţă, ştiri, sirene, soneria de avertizare de la şcoală);
- Discuţii referitoare la evenimentul traumatic (martorul unei conversaţii despre un accident de maşină);
- Uitarea (amnezia) unor părţi ale evenimentului traumatic. Unii copii cu PTSD pot uita fragmente ale evenimentului traumatic sau pot face confuzii.

Pierderea interesului pentru activităţi ce înainte îi făceau plăcere. După o traumă unii copii sau adolescenţi încetează să se mai întâlnească cu prietenii sau să practice activităţi care le făceau plăcere (sport).

Detaşarea de ceilalţi/ împietrirea (aplatizarea) sentimentelor. Unii copii sau adolescenţi cu PTSD pot avea unele mici emoţii după evenimentul traumatic şi aleg să se închidă în faţa altora. Copiii mai mici sunt incapabili să exprime împietrirea sentimentelor şi se manifestă mai degrabă prin izolarea de ceilalţi şi evitarea de a spune cum se simt.

Copiii foarte mici vor regresa în dezvoltare. De exemplu, un copil cu PTSD va deveni mai puţin vorbăreţ sau va începe să-şi sugă degetul (după ce renunţase la acest obicei) sau să facă în pat (enurezis).

3. Simptome ale anxietăţii crescute

Dificultăţi de somn. Mulţi copii şi adolescenţi cu PTSD au probleme de adormire sau de a dormi, ceea ce de obicei duce la anxietate crescută în ziua următoare.

Accese de furie. După traumă, unii copii şi adolescenţi cu PTSD au mari dificultăţi în a-şi controla furia, ceea ce se poate manifesta prin nerabdare, ţipete, agitaţie sau chiar loviri.

Dificultăţi de concentrare. După traumă, unii copii şi adolescenţi pot avea dificultăţi de concentrare în activităţile zilnice (la ore).

Hipervigilenţa (atenţie exagerată). Copiii şi adolescenţii cu PTSD sunt deseori „în gardă” sau „în alertă” permanentă. De aceea ei sunt uşor de speriat, tresar la cel mai mic zgomot sau ameninţare (de ex. sunetul telefonului, soneria şcolii).

Evident, există multe simptome ale PTSD dintre care unele pot fi întâlnite la copiii şi adolescenţii fără PTSD. De exemplu, nu este neobişnuit pentru copii şi adolescenţi să aibă probleme cu somnul, manifestări ale furiei sau coşmaruri. Există două modalităţi prin care putem afla dacă copilul are PTSD:

1. Dacă simptomele apar în urma unui eveniment traumatic şi nu erau prezente şi înainte de acesta, atunci este posibil să fie PTSD.
2. Este normal să ai anxietate crescută imediat după o traumă, însă după un timp, această anxietate se va diminua. Dacă copilul manifestă aceeaşi anxietate şi după mai mult de o lună, el ar putea avea PTSD.

Cum arată PTSD la copiii foarte mici?

Este posibil ca mulţi dintre copiii foarte mici să nu aibă unele dintre simptomele PTSD. În schimb ei îşi pot manifesta anxietatea în următoarele moduri:

- ✓ Frica de străini.
- ✓ Frica de membrii ai familiei.
- ✓ Evitarea generală a unor situaţii care nu au legatură cu trauma (evită să meargă la şcoală, să iasă în public).
- ✓ Joc traumatic. Reactivarea (reactualizarea) unor părţi ale evenimentului traumatic în jocul lor (desenarea, exprimarea).
- ✓ Regrese comportamentale (sugerea degetului, urinatul în pat).

Cum arată PTSD la copiii de vârsta şcolară?

Copiii de vărstă şcolară cu PTSD este posibil să nu aibă amnezii, dar pot avea unele din următoarele simptome:

- ✓ Premoniţii. Convingerea că există semne care avertizează producerea unei traume. Copiii cu astfel de convingeri sunt permanent în căutarea semnelor de avertizare ale unui viitor pericol. De exemplu, dacă ploua în ziua accidentului de maşină, copilul poate avea convingerea că ploaia a fost un avertisment şi va refuza să iasă din casă atunci când plouă.
- ✓ Jocul traumatic. Asemenea copiilor mici, copiii de vârstă şcolară pot reactualiza părţi ale evenimentului traumatic în jocul lor. De exemplu, un copil care a fost traumatizat de un accident de maşină se poate juca cu maşinile şi le loveşte între ele asemenea unui accident.

Cum arată PTSD la adolescenţi?

În completarea simptomelor descrise până acum, unii adolescenţi pot avea de asemenea, unele dintre urmatoarele simptome:

- După un eveniment traumatic adolescentul poate manifesta o teamă de separare de membrii familiei (de exemplu, teama de a fi departe de părinţi).
- Unii adolescenţi pot manifesta impulsivitate şi comportamente agresive, precum şi consum de droguri.

Cum comunicăm diagnosticul de stres posttraumatic?

Educaţi părinţii şi recomandaţi-le:

- Nu toţi copiii sau adolescenţii ce trec printr-o traumă vor dezvolta PTSD. Dacă copilul se simte susţinut de familie imediat după traumă este mai puţin probabil ca aceste simptome să apară. Deci, ca prim pas, puteţi ajuta copilul oferindu-i multă dragoste şi suport.
- Ca aparţinător (susţinător) al copilului ce a trecut printr-o traumă, poate fi foarte dificil şi pentru părinte. De exemplu, pot apărea convingeri şi reproşuri că nu a fost protejat suficient. Primul impuls este să laşi copilul singur pentru o perioadă, pentru a face faţă la ceea ce i s-a întâmplat. Acest lucru trebuie realizat cu maximă atenţie, deoarece copilul poate interpreta greşit şi întelege că este considerat vinovat pentru ce s-a întâmplat.
- Fiţi un ascultător activ! Încurajaţi-vă copilul să vorbească despre ceea ce i s-a întâmplat şi să-şi exprime sentimentele şi emoţiile în legătură cu evenimentul traumatic. Aceasta poate fi o parte importantă a vindecării (recuperării). Cu copiii mici poate fi dificil să vorbiţi despre traumă datorită incapacităţii lor de a discuta; în acest caz încurajaţi-i să deseneze sau să spună o poveste despre ceea ce s-a întâmplat.
- Reamintiţi-i copilului că nu a fost vina lui şi oferiţi-i multă dragoste!
- Reintraţi în rutină. Ca părinte este foarte important să faceţi în aşa fel încât copilul să se reîntoarcă cât mai repede posibil la activităţile zilnice. Deşi este normal să doriţi să-i lăsaţi spaţiu copilului în acest moment nu ajuţă. În urma unui eveniment traumatic, copilul trebuie să se reîntoarcă la şcoală în următoarele zile (dacă este posibil) şi să-şi continue rutina

zilnică, inclusiv să meargă la culcare la aceeaşi oră, să participe la activităţile şcolare (sporturi în echipe, hobby-uri, vizite la prieteni).

- Înfruntarea fricilor. După ce copilul a trecut printr-o traumă veţi avea o tendinţă normală de a-l proteja de orice pericol. Uneori aceasta se poate transforma în hiperprotecţie (protecţie exagerată). Încercând să protejaţi copilul puteţi fără să vreţi să-i sustineţi sau încurajaţi comportamente de evitare. De exemplu, copilul poate să nu vrea să intre într-o maşină (sau poate chiar nici să vadă o maşină) după ce a suferit un accident de maşină şi dumneavoastră ca părinte îl sustineţi în această decizie. Deşi reacţia de evitare a copilului este de înţeles, nu îl va ajuta însă să îşi învingă frica. Frica de a intra în maşină se poate înrăutăţi în timp, ajungând la frica de a ieşi din casă.

  Cum puteţi ajuta: cel mai bun mod de a ajuta copilul este sprijinirea lui în a-şi înfrunta frica. Dacă copilului îi este frică să mai meargă la şcoală, să iasă cu prietenii, să iasă în locuri aglomerate, să meargă la cumpărături sau să meargă cu maşina, atunci îl puteţi ajuta să-şi reducă teama. Acest lucru se va întâmpla progresiv, cu o mulţime de laude şi recompense pentru fiecare realizare.
- Integrarea (adăugarea) unor evenimente plăcute. Atunci când copiii sau adolescenţii cu PTSD încep să se retragă în sine şi să evite compania celorlalţi, îi puteţi ajuta să revină la rutina zilnică programându-le activităţi plăcute. Copilul trebuie întotdeauna implicat în decizia alegerii acestor evenimente şi este important ca indiferent ce veţi face să fie cu adevărat plăcut. Cu alte cuvinte, este în regulă ca în activităţile distractive să nu fie stimuli care reamintesc de evenimentul traumatic.

  Câteva exemple de evenimente plăcute pot fi:
  - mersul la film, acvarium sau teatru;
  - mersul la magazin (pentru a cumpăra o jucărie nouă);
  - jocul în parc;
  - vizita la un prieten acasă;
  - o plimbare cu bicicleta;
  - sport;
  - mersul la plajă sau pe munte.
- Valorizaţi efortul copilului. Progresele copilului vin din munca susţinută. Dacă înregistraţi progrese, este meritul amândurora, al dumneavoastră şi al copilului dumneavoastră. Să înveţi să-ţi învingi anxietatea este ca şi cum ai face exerciţii – copilul are nevoie să fie în formă şi să-şi pună în aplicare abilităţile permanent astfel încât să facă din asta un obicei. Acest lucru este valabil chiar dacă copilul se simte mai bine şi a atins obiectivele. Nu fiţi descurajaţi dacă câteodată copilul are regrese şi se întoarce uneori la vechile comportamente, în special în perioadele stresante şi de tranziţie. Este normal şi asta înseamnă că unul sau altul din instrumentele (soluţiile) din cutia de instrumente trebuie folosit. Nu uitaţi că a face faţă anxietăţii este un proces ce durează toată viaţa. Ocazional amintiţi copilului ce dificultăţi avea înainte de a învaţa să-şi înfrunte frica şi să facă faţă anxietăţii. Este încurajator pentru copil să vadă cât de mult a realizat.

Bibliografie selectivă:

Robert J. Morlock, Valerie S.L. Williams, Joseph C. Cappelleri, Jane Harness, Sheri E. Fehnel, Jean Endicott, Douglas Feltner, 2008, Development and evaluation of the Daily Assessment of Symptoms– Anxiety (DAS-A) scale to evaluate onset of symptom relief in patients with generalized anxiety disorder, *Journal of Psychiatric Research*, article in press.

Christopher Gale and Oliver Davidson, 2007, Generalized anxiety disorder, *British Medical Journal*, 334; 579-581.

Michal F. Gliatto, 2000, Generalized anxiety disorder, *American Family Physician*, October, 1.

Olsson I. & al., 2006, Recognition and treatment recommendations for generalized anxiety disorder and major depressive episode: A cross sectional study among general practitioners in Norway, *Prim Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, 8,6, 340-347.

Zun Leslie, 1997, Diagnostic and Treatment in Emergency Medicine, *Annals of Emergency Medicine*, 30, 1, 92-96.

Jeejeebhoy F. & al., 1999, Be Still My Beating Heart: Panic Disorder and the Cardiologist, *Cardiology Rounds*, 4, 3, 120-131.

Saeea, A. & al., 1998, Panic Disorder: Effective Treatment Options, *American Family Phsicians*, 15.

Katerndahl D., 2004, Panic & Plaques: Panic Disorders & Coronary Artery Disease in Patients with Chest Pain, *Journal of the American Board of Family Practice*, 17 (2), 114-126.

John S. March, Karen Mulle, OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual.

Diane Peters Mayer, Overcoming School Anxiety: How to Help Your Child Deal With Separation, Tests, Homework, Bullies, Math Phobia, and Other Worries.

Lisa M. Schab, The Anxiety Workbook for Teens: Activities to Help You Deal With Anxiety & Worry.

James J. Crist, What to Do When You're Scared and Worried: A Guide for Kids.

Cathy Creswell, Lucy Willetts, Overcoming Your Child's Fears and Worries.

Tamar E. Chansky, Freeing Your Child from Obsessive-Compulsive Disorder: A Powerful, Practical Program for Parents of Children and Adolescents.

John S. March, Talking Back to OCD: The Program That Helps Kids and Teens Say "No Way" and Parents Say "Way to Go".

Thomas S. Greenspon, What to Do When Good Enough Isn't Good Enough: The Real